

QUALITÄT LEBEN – QUALITÄT LERNEN  
UNTERSUCHUNGEN AM BEISPIEL VON ALTENPFLEGE-EINRICHTUNGEN

Von der Erziehungswissenschaftlichen Fakultät  
der Universität Leipzig

angenommene

DISSERTATION

zur Erlangung des akademischen Grades

DOCTOR PHILOSOPHIAE

(Dr. phil.)

vorgelegt

von Yvonne Schiller

geboren am 01.07.1977 in Reichenbach

Gutachterinnen/Gutachter Prof. Jörg Knoll  
Prof. Christian v. Wolffersdorff  
Prof. Beate Mitzscherlich

Tag der Verteidigung 10.04.2008



*„Was der Lehrkörper der englischen Abteilung des Montana State College Phaidros da vorgelegt hatte, war eine seit der Antike bekannte logische Konstruktion, ein sogenanntes Dilemma. Man hat das Dilemma – griechisch für „zweifache Annahme“ – mit dem vorderen Ende eines wütenden, angreifenden Stiers verglichen. Falls er die Prämisse anerkannte, daß Qualität objektiv sei, wurde er von einem Horn des Dilemmas aufgespießt. Entschied er sich für die andere Prämisse, daß Qualität subjektiv sei, spießte ihn das andere Horn auf. Ob nun Qualität objektiv oder subjektiv war, er wurde in jedem Fall aufgespießt, egal, wie er antwortete.“*

ROBERT M. PIRSIG: Zen und die Kunst ein Motorrad zu warten



## Vorwort

An dieser Stelle ist es üblich, sich bei den Menschen zu bedanken, die diese Arbeit ermöglichten, begleiteten und unterstützten. In diesem Sinne möchte ich mich an erster Stelle bei meinem Doktorvater Herrn Prof. Dr. Jörg Knoll für seine Zuversicht bedanken, dieses interdisziplinär angelegte Thema aufzugreifen. Ich bin ihm besonders dafür dankbar, dass es mir durch seine Betreuung möglich war, das Thema Qualität in der Altenpflege, das mir besonders am Herzen liegt, mit dem Fokus auf das Lernen und die Kompetenzentwicklung von Erwachsenen zu untersuchen.

Ein ganz besonderer Dank gilt meiner Doktormutter Prof. Dr. Beate Mitzscherlich. An Dir schätze ich besonders, dass ich während der gesamten Zeit meiner Promotion in Dir immer eine geduldige ZuhörerIn und eine anregende Diskussionspartnerin für den fachlichen aber auch persönlichen Austausch fand.

Ohne die Mitarbeiter und Bewohner der Altenpflegeeinrichtung hätte ich diese Arbeit nicht schreiben können. Aus diesem Grund möchte ich mich ausdrücklich bei diesen Menschen bedanken – für die Gespräche, ihre bereitwilligen Antworten auf meine Fragen und die Einblicke, die sie mir dadurch in ihre Arbeit und in das Lernen durch bzw. in der Qualitätsentwicklung gewährten.

Für den Ausgleich zur Dissertation sorgten meine Freunde. Euch möchte ich meinen Dank aussprechen für Euer Verständnis, wenn ich Euch vernachlässigt habe, aber auch dafür, dass ihr mich auf andere Gedanken gebracht habt.

Die abschließenden Worte gelten dem wichtigsten Menschen, meinem Mann Christian. Danke für Deine Ermutigungen zur Promotion, danke für Dein Verständnis und die Erklärungen, die nicht nötig waren, wenn ich keine Zeit für unser Familienleben hatte, und vor allem dafür, dass Du mir die innere Stabilität gegeben hast.

„Rastlos vorwärts mußt du streben,  
Nie ermüdet stille stehn,  
Willst du die Vollendung sehn,  
Mußt ins Weite dich entfalten,  
Mit allfassendem Gefühl,  
Soll sich dir die Welt gestalten,  
In die Tiefe mußt du steigen,  
Soll sich dir das Wesen zeigen. –  
Nur Beharrung führt zum Ziel,  
Nur die Fülle führt zur Klarheit,  
Und im Abgrund wohnt die Wahrheit.“  
(Friedrich von Schiller: Sprüche des Konfuzius)



# Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort .....</b>	<b>V</b>
<b>Inhaltsverzeichnis.....</b>	<b>VII</b>
<b>Abbildungsverzeichnis.....</b>	<b>XIII</b>
<b>Tabellenverzeichnis .....</b>	<b>XIV</b>
<b>Anlagenverzeichnis.....</b>	<b>XV</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis.....</b>	<b>XVI</b>
<b>1 Zur Relevanz von Untersuchungen zum Lernen in der Qualitätsentwicklung .....</b>	<b>1</b>
1.1 Aufbau der Untersuchung .....	2
1.2 Zur Diskussion relevanter Begriffe .....	5
1.2.1 Qualität.....	5
1.2.2 Was ist Qualitätsmanagement?.....	6
1.2.2.1 Qualitätsmanagementsystem .....	7
1.2.2.2 Qualitätssicherung/QM-Darlegung.....	7
1.2.3 Qualität und Lernen .....	8
1.2.3.1 Qualität im Bildungsbereich .....	8
1.2.3.2 Qualitätssicherung als Grundgedanke des Qualitäts- managements.....	9
1.2.3.3 Qualitätsentwicklung .....	10
1.2.3.4 Lernen .....	10
1.2.3.5 Kompetenz und Kompetenzentwicklung.....	13
<b>2 Qualitätsmanagement in Einrichtungen des Gesundheitswesens .....</b>	<b>14</b>
2.1 Begriffsbestimmungen .....	14
2.1.1 Gesundheitswesen .....	14
2.1.2 Altenhilfe .....	15
2.1.3 Pflegequalität.....	16
2.1.3.1 Evaluation des Pflegeprozesses .....	17
2.1.3.2 Dimensionen der Pflegequalität .....	18

2.1.3.3	Beurteilung der Pflegequalität .....	20
2.1.3.4	Standards .....	21
2.1.3.5	Pflegestandards als Instrumente zur Sicherung der Pflegequalität .....	22
2.2	Gesetzliche Grundlagen und Anforderungen an das Qualitätsmanagement in Pflegeeinrichtungen .....	23
<b>3</b>	<b>Charakteristik und Einführung eines Qualitätsmanagements im Gesundheits- und Pflegebereich .....</b>	<b>25</b>
3.1	Qualitätsmanagement für Krankenhäuser .....	25
3.1.1	Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheits- wesen (KTQ) .....	25
3.1.2	Zentrale und dezentrale Ansätze der Qualitätsentwicklung im Pflegebereich .....	26
3.1.3	Das Marker-Umbrella-Modell (MUM) .....	26
3.2	Qualitätsmanagement für Einrichtungen der Altenhilfe .....	27
3.2.1	Selbstbewertungssystem für stationäre Altenhilfeeinrichtungen (SEA) ...	27
3.2.2	Standardisiertes Instrumentarium zur Evaluation von Einrichtungen der stationären Altenhilfe (SIESTA) .....	28
3.3	Das QM-Modell DIN EN ISO 9000:2000ff. ....	29
3.3.1	Einführungsprozesse für ein Qualitätsmanagement nach DIN EN ISO ...	30
3.3.2	Kritische Einschätzung des Qualitätsmanagement nach DIN EN ISO 2000:9000ff. ....	34
3.3.3	Lernansätze und Lernhaltigkeit des Modells .....	35
3.4	Das EFQM-Modell .....	38
3.4.1	Einführung eines Qualitätsmanagement nach EFQM .....	41
3.4.2	Kritische Bewertung des EFQM-Modells .....	43
3.4.3	Lernansätze und Lernhaltigkeit des Modells .....	44
3.5	Der QM-Ansatz TQM .....	46
3.5.1	Implementierung eines Total Quality Managements .....	47
3.5.2	Kritische Anmerkungen zum TQM .....	52
3.5.3	Lernansätze und Lernhaltigkeit des TQM .....	53
3.6	Prozessmanagement als Lernansatz in der Qualitätsentwicklung? .....	54
3.6.1	Das Prozessmodell nach DIN EN ISO 9001: 2000ff. ....	56
3.6.2	Das Prozessmodell im EFQM-Modell .....	58
3.6.3	Das Prozessmodell im TQM .....	59
3.6.4	Arbeitsformen im Qualitätsmanagement .....	61
3.6.5	Instrumente und Qualitätstechniken im Qualitätsmanagement .....	63
3.7	Zusammenfassung .....	65



<b>4</b>	<b>Der Mitarbeiter im Qualitätsmanagement von Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen .....</b>	<b>68</b>
4.1	Mitarbeiterorientierung und Mitarbeiterentwicklung .....	68
4.2	Ansätze der Mitarbeiterentwicklung in Pflegeeinrichtungen .....	70
4.2.1	Bildungsmaßnahmen.....	72
4.2.2	Motivation, Kommunikation und Integration .....	74
4.2.3	Teamarbeit und Partizipation .....	75
4.3	Zusammenfassung.....	76
<b>5</b>	<b>Kompetenzentwicklung durch Qualitätsentwicklung?.....</b>	<b>78</b>
5.1	Begriffsklärung.....	78
5.1.1	Der Kompetenzbegriff.....	79
5.1.2	Der Kompetenzbegriff im Handlungskontext .....	81
5.1.3	Kompetenzentwicklung und Handlungsfähigkeit.....	83
5.2	Definition eines Kompetenzbegriffs für diese Untersuchung .....	84
5.3	Kompetenzen von Mitarbeitern im Gesundheits- und Pflegebereich .....	85
5.3.1	Pflegekompetenz .....	87
5.3.2	Kritische Anmerkungen zum Begriff Pflegekompetenz .....	90
5.4	Geforderte Kompetenzen der Mitarbeiter in der Qualitätsentwicklung von Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen .....	91
5.5	Zusammenfassung.....	96
<b>6</b>	<b>Organisation und Organisationslernen .....</b>	<b>98</b>
6.1	Was bedeutet Organisation – eine Begriffsklärung .....	98
6.2	Organisatorischer Wandel .....	99
6.3	Organisationsentwicklung.....	103
6.3.1	Ansätze der Organisationsentwicklung.....	105
6.3.1.1	Projektarbeit und Gruppenarbeit .....	105
6.3.1.2	Qualitätsentwicklung .....	108
6.4	Organisationslernen .....	110
6.4.1	Organisationales und individuelles Lernen .....	111
6.4.1.1	Instrumentales und institutionelles organisationales Lernen ....	111
6.4.1.2	Individuelles organisationales Lernen .....	112
6.4.1.3	Lernebenen organisationalen Lernens .....	113
6.4.2	Lernprozesse und Lernformen des Organisationslernens .....	115
6.4.2.1	Lernen in der Arbeit und Erfahrungslernen .....	115

6.4.2.2	Selbstorganisation .....	117
6.4.2.3	Selbstorganisiertes und selbstgesteuertes Lernen.....	119
6.4.2.4	Der Zusammenhang von selbstorganisiertem und selbstgesteuertem Lernen in der Qualitätsentwicklung .....	122
6.5	Zusammenfassung der Lernprozesse in der Qualitätsentwicklung .....	124
<b>7</b>	<b>Qualitätsentwicklung im untersuchten Altenpflegeheim .....</b>	<b>127</b>
7.1	Ziele und Struktur des Qualitätsmanagements .....	127
7.2	Gestaltung der Qualitätsentwicklung im untersuchten Altenpflegeheim.....	128
7.2.1	Der Qualitätsentwicklungsprozess: die Arbeit des Qualitätszirkels .....	129
7.2.2	Projekte im Rahmen der Qualitätsentwicklung .....	130
7.2.2.1	Beschwerdemanagement.....	130
7.2.2.2	Apothekenwechsel .....	131
7.2.2.3	Einführung der elektronischen Pflegedokumentation .....	136
7.2.3	Zusammenfassung .....	141
<b>8</b>	<b>Die Entwicklung und Erweiterung von Kompetenzen bei Mitarbeitern der Altenpflege im Qualitätsentwicklungsprozess.....</b>	<b>142</b>
8.1	Methodisches Design der Untersuchung.....	142
8.1.1	Untersuchungsziele und Forschungsfrage .....	142
8.1.2	Konzeption der Erhebungsphasen T <sub>1</sub> und T <sub>2</sub> .....	143
8.2	Forschungsdesign der empirisch-qualitativen Untersuchung .....	144
8.2.1	Approach: Fallstudie .....	147
8.2.2	Forschungsmethoden .....	148
8.2.2.1	Interview .....	149
8.2.2.2	Critical Incident Technique .....	150
8.2.2.3	Teilnehmende Beobachtung .....	153
8.2.3	Setting und Zugang zum Untersuchungsfeld.....	154
8.2.3.1	Charakteristik der untersuchten Einrichtung .....	155
8.2.3.2	Bewohnerstruktur.....	155
8.2.3.3	Mitarbeiterstruktur im Pflegebereich.....	156
8.2.3.4	Stichprobe .....	157
8.2.3.5	Charakteristik der Untersuchungsgruppen .....	160
8.3	Datenerhebung.....	162
8.3.1	Interviews T <sub>1</sub> und T <sub>2</sub> .....	162
8.3.2	Interviewleitfaden T <sub>1</sub> und T <sub>2</sub> .....	163
8.3.3	Durchführung der Interviews.....	164
8.3.4	Beobachtung T <sub>1</sub> .....	165
8.3.5	Stichprobe und Durchführung der Beobachtung.....	165

8.4	Methodische Reflexion und Prozessreflexion.....	167
8.4.1	Reflexion zum Einsatz der Forschungsmethoden .....	167
8.4.2	Prozessreflexion: Rolle der Autorin in der Qualitätsentwicklung .....	169
8.4.3	Reflexion zur Datenanalyse .....	173
8.5	Datenanalyse T <sub>1</sub> .....	175
8.5.1	Datenanalyse der Critical Incidents der Interviews .....	176
8.5.1.1	Ermittelte Critical Incidents .....	177
8.5.1.2	Situationsbeschreibungen: Von Critical Incidents zu Verhaltensweisen .....	178
8.5.1.3	Von Verhaltensweisen zu Fähigkeiten der Mitarbeiter in den Situationskontexten .....	221
8.5.2	Datenanalyse der Critical Incidents der Beobachtung .....	254
8.5.2.1	Ermittelte Critical Incidents der Beobachtung .....	255
8.5.2.2	Situationsbeschreibungen: Von beobachteten Critical Incidents zu Verhaltensweisen .....	256
8.5.2.3	Von beobachteten Verhaltensweisen zu Fähigkeiten der Mitarbeiter in den Situationskontexten .....	270
8.5.3	Zusammenfassung der (Handlungs-)Fähigkeiten T <sub>1</sub> .....	285
8.6	Ergebnisse der Erhebungshase T <sub>1</sub> .....	305
8.6.1	Von (Handlungs-)Fähigkeiten zu Kompetenzen der Mitarbeiter zu Beginn der Qualitätsentwicklung .....	305
8.6.1.1	Die Personale Kompetenz und ihre (Handlungs-)Fähigkeiten .....	306
8.6.1.2	Die Sozial-kommunikative Kompetenz und ihre (Handlungs-)Fähigkeiten .....	309
8.6.1.3	Die Beziehungskompetenz und ihre (Handlungs-)Fähigkeiten .....	312
8.6.1.4	Die Fachlich-methodische Kompetenz und ihre (Handlungs-)Fähigkeiten .....	316
8.6.1.5	Das Kompetenzmodell der Handlungskompetenzen von Pflegekräften zu Beginn der Qualitätsentwicklung .....	322
8.6.2	Exkurs zum Heimkontext .....	324
8.6.2.1	Berufsbiographie .....	324
8.6.2.2	Stereotype Bewohnerbilder .....	325
8.6.2.3	Die strukturelle Dimension der Pflegequalität .....	328
8.6.2.4	Die subjektbezogene Dimension der Pflegequalität .....	336
8.6.2.5	Die konzeptionelle Dimension der Pflegequalität .....	342
8.6.2.6	Die soziologische Dimension der Pflegequalität .....	350
8.6.2.7	Einflüsse auf die Pflegequalität .....	352
8.7	Datenanalyse T <sub>2</sub> .....	359
8.7.1	Datenanalyse der Critical Incidents .....	359
8.7.1.1	Ermittelte Critical Incidents .....	360
8.7.1.2	Situationsbeschreibungen: Von Critical Incidents zu Verhaltensweisen .....	361

8.7.1.3	Von Verhaltensweisen zu Fähigkeiten der Mitarbeiter in den Situationskontexten.....	400
8.7.2	Zusammenfassung der (Handlungs-)Fähigkeiten T <sub>2</sub> .....	435
8.8	Ergebnisse der Erhebungshase T <sub>2</sub> .....	445
8.8.1	Von (Handlungs-)Fähigkeiten zu Kompetenzen der Mitarbeiter in der Qualitätsentwicklung im vergleichenden Erhebungszeitraum T <sub>2</sub> .....	445
8.8.1.1	Die Personale Kompetenz und ihre (Handlungs-)Fähigkeiten...	445
8.8.1.2	Die Sozial-kommunikative Kompetenz und ihre (Handlungs-)Fähigkeiten.....	449
8.8.1.3	Die Beziehungskompetenz und ihre (Handlungs-)Fähigkeiten ..	453
8.8.1.4	Die Fachlich-methodische Kompetenz und ihre (Handlungs-) Fähigkeiten.....	457
8.8.2	Das Kompetenzmodell der Handlungskompetenzen von Pflegekräften während der Qualitätsentwicklung .....	461
8.9	Vergleich der Kompetenzen Erhebungsphasen T <sub>1</sub> und T <sub>2</sub> .....	465
<b>9</b>	<b>Ergebnisse: Welche Kompetenzen haben sich verändert? .....</b>	<b>468</b>
9.1	Welche (Handlungs-)Fähigkeiten wurden entwickelt und erweitert? .....	469
9.2	Welche Defizite wurden entwickelt?.....	477
9.3	Welche Defizite haben sich nicht verändert? .....	482
<b>10</b>	<b>Erkenntnisse und Thesen .....</b>	<b>484</b>
10.1	Kompetenzentwicklung aber auch Kompetenzverlust kann durch Qualitätsentwicklung beeinflusst werden .....	484
10.2	Qualitätsentwicklung erfordert Kompetenzentwicklung .....	491
10.3	Kompetenzentwicklung benötigt Veränderung, Entwicklung und Zeit .....	492
<b>11</b>	<b>Lernen und die Auswirkungen von Lernen in der Qualitätsentwicklung .....</b>	<b>497</b>
11.1	Interventionsbereiche für Kompetenzentwicklung.....	498
11.2	Ausblick: Praxisrelevanz und weiterführende Forschungsthematiken .....	500
<b>Literaturverzeichnis .....</b>		<b>XVIII</b>

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 3-1:	Das EFQM-Modell für Excellence .....	39
Abbildung 3-2:	Die Kriterien des EFQM-Modells: Befähigerkriterien und Unterkriterien .....	40
Abbildung 3-3:	Die Kriterien des EFQM-Modells: Ergebniskriterien und Unterkriterien .....	41
Abbildung 3-4:	Die Bestandteile des TQM .....	47
Abbildung 3-5:	Die Bestandteile des TQM im Pflegebereich .....	47
Abbildung 3-6:	Zusammenhang Qualitätsregelkreis und Prozessorganisation .....	51
Abbildung 3-7:	Zusammenhang der Qualitätsmanagement-Modelle .....	52
Abbildung 3-8:	RADAR-Konzept des EFQM-Modells .....	59
Abbildung 3-9:	PDCA-Zyklus der ständigen Verbesserung .....	60
Abbildung 3-10:	Zusammenhang der Prozessmodelle im Qualitätsmanagement .....	61
Abbildung 5-1:	Stufen der Pflegekompetenz nach Olbrich .....	90
Abbildung 6-1:	Zusammenhang selbstorganisiertes und selbstgesteuertes Lernen .....	121
Abbildung 8-1:	Begriffsbestimmung Fähigkeiten bzw. (Handlungs-)Fähigkeiten .....	221
Abbildung 8-2:	Kompetenzmodell Handlungskompetenzen der Pflegekräfte zu Beginn der Qualitätsentwicklung .....	323
Abbildung 8-3:	Kompetenzmodell Handlungskompetenzen der Pflegekräfte während der Qualitätsentwicklung (Erhebungsphase T <sub>2</sub> ) .....	464

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 3-1:	Einführungsphasen der DIN EN ISO.....	34
Tabelle 3-2:	Einführungsprozesse des EFQM-Modells.....	42
Tabelle 3-3:	Schritte zur Implementierung eines TQM.....	48
Tabelle 5-1:	Kompetenzbereiche der Handlungskompetenz.....	82
Tabelle 5-2:	Kompetenzbereiche der Untersuchung.....	84
Tabelle 5-3:	Dimensionen des pflegerischen Handelns nach Olbrich (1999).....	89
Tabelle 5-4:	Geforderte Kompetenzen in der Qualitätsentwicklung.....	93
Tabelle 8-1:	Planung der Studie .....	144
Tabelle 8-2:	Geschlechterverteilung Bewohner .....	156
Tabelle 8-3:	Altersverteilung Bewohner.....	156
Tabelle 8-4:	Geschlechterverteilung Pflegekräfte.....	156
Tabelle 8-5:	Altersverteilung Pflegekräfte .....	156
Tabelle 8-6:	Qualifikationsverteilung Pflegekräfte.....	157
Tabelle 8-7:	Mitarbeiter der Einrichtung.....	157
Tabelle 8-8:	Stichprobe T <sub>1</sub> .....	158
Tabelle 8-9:	Geschlechterverteilung Stichprobe T <sub>1</sub> .....	159
Tabelle 8-10:	Stichprobe T <sub>2</sub> .....	159
Tabelle 8-11:	Geschlechterverteilung Stichprobe T <sub>2</sub> .....	160
Tabelle 8-12:	Critical Incidents der Interviews T <sub>1</sub> und ihre Häufigkeiten.....	177
Tabelle 8-13:	Critical Incidents der Beobachtung T <sub>1</sub> und ihre Häufigkeiten .....	256
Tabelle 8-14:	Ergebnis T <sub>1</sub> Kompetenzbereich personale Kompetenz.....	307
Tabelle 8-15:	Ergebnis T <sub>1</sub> Kompetenzbereich Sozial-kommunikative Kompetenz .....	309
Tabelle 8-16:	Ergebnis T <sub>1</sub> Kompetenzbereich Beziehungskompetenz.....	313
Tabelle 8-17:	Ergebnis T <sub>1</sub> Kompetenzbereich Fachlich-methodische Kompetenz .....	317
Tabelle 8-18:	Critical Incidents T <sub>2</sub> und ihre Häufigkeiten.....	360
Tabelle 8-19:	Ergebnis T <sub>2</sub> Kompetenzbereich personale Kompetenz.....	445
Tabelle 8-20:	Ergebnis T <sub>2</sub> Kompetenzbereich Sozial-kommunikative Kompetenz .....	449
Tabelle 8-21:	Ergebnis T <sub>2</sub> Kompetenzbereich Beziehungskompetenz.....	453
Tabelle 8-22:	Ergebnis T <sub>2</sub> Kompetenzbereich Fachlich-methodische Kompetenz .....	457
Tabelle 8-23:	Datenvergleich der Interviews: Kompetenzen der Pflegekräfte T <sub>1</sub> und T <sub>2</sub> .....	467

## Anlagenverzeichnis

Anlage 1:	Bearbeitete Themen des Qualitätszirkels März 2004 bis März 2005.....	XXXIV
Anlage 2:	Bearbeitete Themen des Qualitätszirkels im Untersuchungszeitraum Juni 2005 bis Juni 2006 .....	XXXVI
Anlage 3:	Interviewleitfäden T <sub>1</sub> .....	XL
Anlage 4:	Interviewleitfäden T <sub>2</sub> .....	XLIV
Anlage 5:	Verhaltensweisen und abgeleitete Fähigkeiten T <sub>1</sub> .....	XLVII
Anlage 6:	Beobachtete Verhaltensweisen und abgeleitete Fähigkeiten T <sub>1</sub> .....	LVII
Anlage 7:	Verhaltensweisen und abgeleitete Fähigkeiten T <sub>2</sub> .....	LXIV
Anlage 8:	Aufzeichnungen im Forschungstagebuch .....	LXXIII
Anlage 9:	Protokolle zu den Qualitätszirkelsitzungen .....	LXXVI
Anlage 10:	Beobachtungsprotokolle - Teilnehmende Beobachtung T <sub>1</sub> .....	LXXXII
Anlage 11:	Interviews T <sub>1</sub> .....	CIII
Anlage 12:	Interviews T <sub>2</sub> .....	CCLXXX

## Abkürzungsverzeichnis

AA	Arbeitsanweisung
AEDL	Aktivitäten und existenzielle Erfahrungen des Lebens (Pflegermodell nach M. KROHWINKEL)
AP	Altenpfleger/Altenpflegerin
APH	Altenpflegehelfer/Altenpflegehelferin
BSHG	Bundessozialhilfegesetz
CIT	Critical Incident Technique
DGQ	Deutsche Gesellschaft für Qualität
DIN	Deutsches Institut für Normung
DIN EN ISO 9000:2000ff.	Normen für QM-Systeme und Qualitätsmanagement
DQS	Deutsche Gesellschaft zur Zertifizierung von Qualitätssicherungssystemen mbH
EFQM	European Foundation for Quality Management auch verwendet für Europäisches Modell für umfassendes Qualitätsmanagement
EN	Europäisches Institut für Normung
FD	Frühdienst
FSJ-ler	Mitarbeiter im Freiwilligen sozialen Jahr
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
HeimG	Heimgesetz
HeimPersV	Heimpersonalverordnung
HL	Heimleitung
IKM-	Inkontinenzmaterial (auch in Wortverbindungen)
ISO	International Organization for Standardization
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen
KVP	kontinuierlicher Verbesserungsprozess
LQV	Leistungs- und Qualitätsvereinbarung
MA	Mitarbeiter
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
MUM	Marker-Umbrella-Modell
OE	Organisationsentwicklung
PC	Personal Computer
PDL	Pflegedienstleitung
PPVO	Pflege-Prüfverordnung
PQsG	Pflege-Qualitätssicherungsgesetz
QM-	Qualitätsmanagement (auch in Wortverbindungen)
QMB	Qualitätsmanagement-Beauftragter oder Qualitätsbeauftragter



---

SEA	Selbstbewertungssystem für stationäre Altenhilfeeinrichtungen
SGB	Sozialgesetzbuch
SIESTA	Standardisiertes Instrumentarium zur Evaluation von Einrichtungen der stationären Altenhilfe
TQM	Total Quality Management
TÜV	Technischer Überwachungsverein
VA	Verfahrensanleitung
WBL	Wohnbereichsleitung
WHO	World Health Organization
Zivi	Zivildienstleistender



# **1 Zur Relevanz von Untersuchungen zum Lernen in der Qualitätsentwicklung**

Qualität, Qualitätsmanagement, Qualitätsentwicklung sind Begriffe, die aus dem heutigen Organisationskontext von Bildungseinrichtung ebenso wenig „wegzudenken“ sind, wie aus dem Arbeitskontext der Mitarbeiter in Pflegeeinrichtungen. Dabei wird von einer allgemeinen Auffassung ausgegangen, dass Qualität im Arbeitsalltag „gelebt“ und für Bildungsmaßnahmen gesorgt werden muss, um die Mitarbeiter in die Qualitätsentwicklung einer Organisation einzubeziehen und zu beteiligen.

Bei einer genauen Untersuchung zu verschiedenen Einführungsprozessen von Qualitätsmanagement in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen wird indessen eine Divergenz deutlich: Auf der einen Seite wird von Mitarbeiterentwicklung und Kompetenzentwicklung im Zusammenhang mit dem Qualitätsmanagement gesprochen, und dabei werden von den Mitarbeitern im Rahmen des Qualitätsmanagements umfassende Lernanforderungen sowie Lern- und Veränderungsprozesse abverlangt. Auf der anderen Seite hingegen, fehlen fundierte Konzepte und systematische Untersuchungen zu den Lernvorgängen der Mitarbeiter im Kontext der Einführung von Qualitätsmanagement und der Qualitätsentwicklung.

In der Folge dieser Abweichungen von Praxis und Forschung bleiben die Aspekte, welche tatsächlichen Lernanforderungen an die Mitarbeiter gestellt werden, aber auch welche Kompetenzen bzw. Lernbereiche bei den Mitarbeitern im Kontext einer Qualitätsentwicklung und den damit zusammenhängenden strukturellen und organisatorischen Veränderungen in einer Organisation erforderlich sind, ungeklärt.

In diese Lücke von Praxis und Forschung tritt die vorliegende Untersuchung ein und verhilft zu einer Aufklärung des Zusammenhangs von Lernen und Qualitätsmanagement, mit Blick auf spezifische Lernanforderungen und individuelle Kompetenzentwicklung von Mitarbeitern in Altenpflegeeinrichtungen. Diese Arbeit verfolgt die Zielstellung, Lernanforderungen und Lernbereiche durch Erweiterung und Entwicklung individueller Kompetenzen der Mitarbeiter bei der Implementierung von Qualitätsmanagement und im Rahmen der Qualitätsentwicklung zu erheben und miteinander zu vergleichen. Auf diese Weise werden Grundlagen für eine pädagogische, reflektierte und produktive Unterstützung dieser Veränderungsprozesse erarbeitet.

Die Untersuchung kann für Träger und Verbände von Pflegeeinrichtungen, für Führungskräfte und Qualitätsmanagement-Beauftragte in Altenpflegeeinrichtungen sowie für Weiterbildungsanbieter, die Qualitätsmanagement-Kurse oder Fortbildungen für Pflegepersonal im Rahmen des Qualitätsmanagement anbieten, von Interesse sein. Sie richtet sich ebenfalls an interessierte Leser aus den Bereichen der Pflegeforschung und der Pflegewissenschaft.

## 1.1 Aufbau der Untersuchung

Die vorliegende Arbeit ist in zwei Teile gegliedert. Im ersten Teil wird zunächst die theoretische Perspektive zum Untersuchungsbereich beleuchtet, um vor diesem Hintergrund im zweiten Teil den empirischen Zugang zum Untersuchungsbereich anhand einer qualitativen Untersuchung zu leisten. Im Zentrum der Untersuchung steht die Forschungsfrage, „Welche Lernanforderungen ergeben sich für die Mitarbeiter in Einrichtungen der Altenpflege während des Prozesses der Qualitätsentwicklung hinsichtlich der Entwicklung und Erweiterung individueller Kompetenzen?“.

Die folgenden Angaben in diesem Kapitel befassen sich mit der Klärung der zentralen Begrifflichkeiten dieser Arbeit. Im Mittelpunkt von Kapitel 1 stehen Erläuterungen zu den Begriffen Qualität, Qualitätsmanagement, Qualitätsentwicklung, Lernen und Kompetenz, wobei den Begriffen Qualitätsentwicklung, Kompetenz und Lernen, mit Blick auf den Kontext Organisation, spezielle Abschnitte bzw. Kapitel im späteren Verlauf der Arbeit gewidmet sind.

Das zweite Kapitel stellt den Zusammenhang von Qualität und Qualitätsanforderungen unter dem Aspekt der Pflegequalität, die an die Einrichtungen des Gesundheitswesens und der Altenhilfe gestellt werden, dar. Dabei folgt auf die Vorstellung der Begriffe Gesundheitswesen, Altenhilfe und Pflegequalität eine Erläuterung zu den Gesichtspunkten Evaluation des Pflegeprozesses, zu Dimensionen und zur Beurteilung der Pflegequalität sowie zur Bedeutung von Standards für die Pflegequalität. Diese Darstellungen spielen eine besondere Rolle für das Verständnis der Arbeit und die Qualitätsbemühungen im Altenpflegebereich. Am Ende dieses Kapitels wird der Zusammenhang zwischen der Qualitätsentwicklung in der Altenpflege und den Gesichtspunkten Weiterentwicklung und Sicherung der Pflegequalität sowie der Bedeutung des Bewohners deutlich. Mit Blick auf das sich anschließende dritte Kapitel werden erste Annahmen über mögliche Einflüsse und Zusammenhänge von Veränderungsprozessen auf das Lernen und die individuelle Kompetenzentwicklung, unter der Beteiligung des Mitarbeiters an der Qualitätsentwicklung, erkennbar.

Im Zuge der in Kapitel 3 vorgestellten Einführungsprozesse von Qualitätsmanagement im Gesundheits- und Pflegebereich, insbesondere der näheren Betrachtung der Qualitätsmanagement-Modelle<sup>1</sup> und -Ansätze DIN EN ISO, EFQM, TQM und des Prozessmanagements, werden die Annahmen aus Kapitel 2 vor dem Hintergrund der Analyse der Lernansätze und Lernhaltigkeit dieser QM-Modelle und -Ansätze präzisiert. Dabei wird die Bedeutung für das Lernen und die Kompetenzentwicklung der Mitarbeiter, speziell im Zusammenhang mit den Einführungskonzepten eines Qualitätsmanagements, der Informationspolitik und -vermittlung, der Managementstrategie der Leitung sowie der aktiven Beteiligung der Mitarbeiter an den Veränderungsprozessen, deutlich. Eine Diskussion der Lernansätze und Lernhaltigkeit der Qualitätsmanagement-Modelle lässt zudem erkennen, dass sich die Lernansätze auf ein individuelles Lernen des Mitarbeiters und auf das

---

1 Im Folgenden werden Wortverbindungen mit dem Begriff Qualitätsmanagement durch die Abkürzung „QM-“ verdeutlicht.

organisationale Lernen beziehen, wobei eine starke Ausrichtung auf den Mitarbeiter und seine Entwicklung (durch Informationsvermittlung, Schulungsmaßnahmen, Fort- und Weiterbildung) erkennbar wird. Die angerissenen Aspekte der Entwicklung eines organisationsweiten Wissensbestandes im Sinne einer Organisationsentwicklung und lernenden Organisation werden insbesondere im EFQM-Modell und TQM-Ansatz deutlich und in Kapitel 6 weitergeführt.

Im vierten Kapitel werden die Gesichtspunkte Beteiligung und Entwicklung des Mitarbeiters aufgegriffen und im Zusammenhang mit den Darstellungen zur Rolle und Funktion des Mitarbeiters im Qualitätsmanagement von Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen, unter dem Aspekt der Mitarbeiterorientierung und Mitarbeiterentwicklung, fortgeführt. Insbesondere die Schwerpunkte Informationsvermittlung, Fort- und Weiterbildung, Motivation und Kommunikation sowie Teamarbeit werden vorgestellt. Weiterhin wird der Zusammenhang der Mitarbeiterentwicklung zu den erläuterten Lernansätzen und der Lernhaltigkeit der QM-Modelle und -Ansätze veranschaulicht.

Im Zusammenhang mit den dargestellten Ausführungen zur Lernhaltigkeit, den Lernansätzen in der Qualitätsentwicklung und den Erfordernissen einer Mitarbeiterentwicklung wird deutlich, dass im weiteren Verlauf der Arbeit die Begriffe Kompetenz und Kompetenzentwicklung zu klären sind. Aus diesem Grund widmet sich das fünfte Kapitel neben einer allgemeinen Diskussion zum Kompetenzbegriff und einer Abgrenzung der Begriffe Fähigkeit/Fertigkeiten, Qualifikation und Schlüsselqualifikation, der Definition des Kompetenzbegriffs für diese Untersuchung. Daneben wird in diesem Kapitel die Verwendung des Kompetenzbegriffs im Gesundheits- und Pflegebereich, speziell der Begriff Pflegekompetenz, diskutiert sowie eine Literaturanalyse und Aufarbeitung geforderter Kompetenzen von Pflegekräften in der Qualitätsentwicklung von Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen vorgenommen. Dieses Kapitel stellt den Ausgangspunkt sowie die theoretische und begriffliche Basis für die in Kapitel 8 vorgestellte empirische Überprüfung der Entwicklung und Erweiterung individueller Kompetenzen von Pflegekräften im Rahmen der Qualitätsentwicklung im Altenpflegeheim dar.

Die Lernansätze und die Lernhaltigkeit der QM-Modelle und -Ansätze in Kapitel 3 sowie die Ausführungen zur Mitarbeiterentwicklung in Kapitel 4 lassen bereits einen Zusammenhang der Qualitätsentwicklung mit der Organisationsentwicklung und dem individuellen und organisationalen Lernen im Sinne lernender Organisationen erkennen. Dies soll zum Anlass genommen werden, um in Kapitel 6 auf die Begriffe Organisation und Organisationsentwicklung einzugehen und deren Ansätze, insbesondere den Ansatz der Qualitätsentwicklung, darzustellen. In diesem Kapitel wird außerdem auf das Konzept des Organisationslernens und seiner Lernformen und Lernprozesse eingegangen. Im Hinblick auf die Untersuchung der Lernanforderungen, die an die Mitarbeiter im Rahmen der Qualitätsentwicklung gestellt werden, erfolgt in Kapitel 6 eine Erläuterung der Lernprozesse in der Qualitätsentwicklung, dabei wird insbesondere auf eine begriffliche Abgrenzung des selbstgesteuerten vom selbstorganisierten Lernen eingegangen. Am Ende dieses Kapitels wird die Bedeutung des selbstgesteuerten Lernens von Mitarbeitern, im Kontext einer Beteiligung an den Veränderungsprozessen, wie sie die Qualitätsentwicklung darstellt, zusammengefasst.

Mit dem sechsten Kapitel ist die Betrachtung der theoretischen Perspektiven zum Untersuchungsbereich abgeschlossen. Das sich anschließende Kapitel 7 befasst sich mit der Darstellung des Qualitätsentwicklungsprozesses im untersuchten Altenpflegeheim, im Hinblick auf eine Einleitung der in Kapitel 8 aufgezeigten empirischen Untersuchung zur Entwicklung und Erweiterung individueller Kompetenzen von Pflegekräften. Dabei werden zunächst die Projekte vorgestellt, die im Rahmen der Untersuchung von der Autorin begleitet wurden und es werden erste Ansätze bzw. Zusammenhänge aufgezeigt, inwiefern sich strukturelle und organisatorische Veränderungen auf das individuelle Lernen und die Entwicklung von Kompetenzen der Mitarbeiter auswirken.

Vor dem Hintergrund der in Kapitel 3 und 4 beschriebenen Implementierungsprozesse von QM-Modellen wurde festgestellt, dass die damit verbundenen Lernsituationen und die Lernanforderungen der Mitarbeiter bisher nicht untersucht wurden. Durch das Qualitätsmanagement werden jedoch neue Situationen im Arbeitsalltag definiert, die vom Mitarbeiter erfüllt oder geschaffen werden. Diese Veränderungen bzw. Ziele stellen besondere Lernanforderungen an die Tätigkeitsabläufe und individuellen Kompetenzen der Mitarbeiter. In Kapitel 8 wird die empirische Untersuchung vorgestellt, die im Rahmen einer begleitenden Fallstudie in einer Altenpflegeeinrichtung durchgeführt wurde. Dabei werden die Lernanforderungen, die an die Mitarbeiter gestellt werden sowie ihre individuelle Entwicklung von Kompetenzen im Rahmen der Einführung eines Qualitätsmanagements und der Qualitätsentwicklung prozessbegleitend untersucht. Im Mittelpunkt der Untersuchung steht die Analyse der Bewältigung von Alltagsanforderungen, Maßnahmen zur Veränderung von strukturellen und organisatorischen Abläufen und Handlungen in der Betreuung und Pflege der Bewohner. Es werden vergleichende Daten durch Befragung und Beobachtung zu zwei Erhebungszeitpunkten erhoben, um eine Veränderung bzw. Entwicklung von Kompetenzen zu ermitteln. Im Abschnitt 8.4 werden die eingesetzten Methoden, die Datenanalyse sowie die Begleitung und Untersuchung des Qualitätsentwicklungsprozesses diskutiert und reflektiert.

In Kapitel 9 und 10 werden die Ergebnisse der Untersuchung vorgestellt. Dabei wird aufgezeigt, dass die Qualitätsentwicklung Kompetenzentwicklung, aber auch eine Entwicklung von Defiziten und einen Kompetenzverlust der Mitarbeiter begünstigen kann, und Kompetenzentwicklung benötigt. Weiterhin werden organisatorische und strukturelle Einflüsse auf die Kompetenzentwicklung sowie die erforderlichen Veränderungen und Voraussetzungen, um überhaupt ein Lernen und die Entwicklung von Kompetenzen zu ermöglichen, erläutert.

Das abschließende elfte Kapitel fasst die Ergebnisse zum Lernen der Mitarbeiter sowie die Auswirkungen von Lernen in der Qualitätsentwicklung zusammen und zeigt die notwendigen Lernanforderungen und die Lernbereiche auf, die als Ansatzpunkte für die Konzeption angemessener Unterstützungsformen für das Lernen und die Entwicklung von Kompetenzen im Rahmen des Einführungsprozesses eines Qualitätsmanagements und der Qualitätsentwicklung herausgestellt werden können. In diesem Zusammenhang wird noch einmal auf das selbstgesteuerte Lernen der Mitarbeiter im Kontext der Qualitätsentwicklung eingegangen. Weiterhin werden Interventionsbereiche für eine gezielte Entwicklung und Erweiterung von Kompetenzen und für ein Lernen während des Prozesses der Qualitätsentwicklung vorgestellt.

## 1.2 Zur Diskussion relevanter Begriffe

### 1.2.1 Qualität

Zum Begriff Qualität existiert eine Vielzahl an Definitionen. An dieser Stelle soll eine orientierende Übersicht erfolgen, die zugleich eine Arbeitsgrundlage für die Untersuchung schafft. Einen begrifflichen Überblick geben u. a. KAMISKE/BRAUER (1995), MASING (1994) und MALORNY/KASSEBOHM (1994).

Der Qualitätsbegriff leitet sich ursprünglich vom lateinischen Wort „qualitas“ (Beschaffenheit, Eigenschaft) ab und bedeutet gemeinhin die Gesamtheit charakteristischer Eigenschaften *„eines Dings, die es zu dem macht, was es ist“*<sup>2</sup> (vgl. BLASCHE/ MITTELSTRAß 1995).

Im Rahmen der Arbeit wird eine Eingrenzung auf eine allgemeine Qualitätsdefinition und die in diesem Zusammenhang verwendeten Begriffe des Deutschen Instituts für Normung (DIN) vorgenommen. Spezielle auf den Gesundheits- und Pflegebereich angepasste Definitionen der Pflegequalität nach DONABEDIAN (vgl. Kapitel 2.1.3ff.) stellen die spezifische begriffliche Basis für die Arbeit dar.

Die DIN EN ISO 8402:1995 und die DIN EN 9000:2000<sup>3</sup> definieren Qualität als *„Gesamtheit von Merkmalen (und Merkmalswerten) einer Einheit bezüglich ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen.“* (DIN 1995 in DGQ 1995, S. 30). Dabei wird Qualität auf ein Qualitätselement (eine Einheit) eines Prozesses, einer Dienstleistung oder eines Ergebnisses bezogen (vgl. GEIGER/KOTTE 2005, S. 64f., DGQ 1995, S. 31).

In ähnlichem Wortlaut definiert die Deutsche Gesellschaft für Qualität (DGQ) den Qualitätsbegriff. Sie stützt sich dabei auf die Vorgaben des Deutschen Instituts für Normung und verallgemeinert Qualität als *„Beschaffenheit einer Einheit bezüglich ihrer Eignung, die Qualitätsforderung zu erfüllen.“* (DGQ 1991, S. 15). Die DGQ führt weitere Erläuterungen für die in der Definition verwendeten Begriffe an und erklärt „Beschaffenheit“ mit inneren und äußeren Eigenschaften und Funktionseinheiten, „Einheit“ als Dienstleistungen, Prozesse und Ergebnisse sowie „Qualitätsforderung“ als Gesamtheit von *„Einzelforderungen an die Beschaffenheit einer Einheit“* (DGQ 1987, S. 13ff.). In Anlehnung an diese Begriffsbestimmungen soll die Definition von Qualität folgendermaßen lauten: Qualität umfasst die Gesamtheit der inneren und äußeren Eigenschaften von Dienstleistungen, Prozessen und Ergebnissen bezüglich ihrer Eignung, die Gesamtheit der Einzelforderungen an die Eigenschaften der Prozesse, Dienstleistungen und Ergebnisse zu erfüllen.

Mit der Definition von Qualität werden zwei Komponenten der Qualität unterschieden: die objektive und die subjektive Qualität (vgl. KALTENBACH 1993, S. 59ff.). Die objektive

---

2 Im Folgenden werden Zitate kursiv wiedergegeben.

3 Die DIN EN ISO 8402 wird im Rahmen der Revision der Normen im Jahr 2000 in die DIN EN ISO 9000:2000 integriert und fällt als eigenständige Norm weg.

Qualitätskomponente wird auch als technisches Qualitätsverständnis beschrieben, wohingegen sich die subjektive Qualitätskomponente auf die ökonomische, dem Wettbewerb und den individuellen Einschätzungen des Kunden bzw. Konsumenten unterlegene Einschätzung der Qualität orientiert.

Folgende Eigenschaften der objektiven Qualität wurden von der DIN herausgestellt, um Qualität zu beschreiben:

- ~ Qualität ist zweckgebunden,
- ~ Qualität steht immer im Kontext zu definierten Anforderungen und Zielen,
- ~ Qualität besteht aus Teilqualitäten und Eigenschaften, die nicht zusammengefasst werden können und somit nicht anhand eines Maßstabes gleichermaßen beurteilt werden können,
- ~ Qualität ist eine kontinuierliche Größe, sie bewegt sich zwischen ordinalen Werten, wie gut und schlecht oder klein und groß (vgl. KALTENBACH 1993, S. 61).

Die subjektive Qualität basiert auf der Einschätzung der Konsumenten, die Qualität im ökonomischen Wettbewerb und Markt in Zusammenhang mit Gütern, Produkten und Preisen beurteilen. Dabei wird die Qualität von Gütern und Produkten anhand der Sachqualität, der Erfahrungsqualität und der Vertrauensqualität von den Konsumenten bestimmt (vgl. KALTENBACH 1993, S. 71f.).

Aus Gründen der Vollständigkeit wird nachfolgend, im Zusammenhang mit den dargestellten Qualitätsbestandteilen, auf die Teilqualitäten zur begrifflichen Bestimmung von GARVIN (1984) und DÖGL (1986) eingegangen. GARVIN beschreibt fünf Ansätze, die die Qualität erfassen: „transzendenter“, „produktbezogener“, „fertigungsbezogener“, „anwenderbezogener“ und „wertbezogener Ansatz“ (vgl. GARVIN 1984, S. 26). DÖGL verweist auf die Teilqualitäten „Qualität des Gutes“, „Qualität der zeitlichen Verfügbarkeit“, „Qualität des Funktionsumfangs“ und „Qualität der Erzeugung“ (vgl. DÖGL 1986, S. 17).

Diese Systematisierungen lassen erkennen, dass es „die“ Qualität nicht gibt, jedoch verschiedene Teilbereiche der Qualität definiert werden können, die ein umfassendes Qualitätsverständnis ermöglichen.

### 1.2.2 Was ist Qualitätsmanagement?

Die DIN definiert Qualitätsmanagement als *„alle Tätigkeiten des Gesamtmanagements, die im Rahmen des Qualitätsmanagementsystems die Qualitätspolitik, die Ziele und Verantwortungen festlegen sowie diese durch Mittel wie Qualitätsplanung, Qualitätslenkung, Qualitätssicherung [bzw.] Qualitätsmanagement-Darlegung und Qualitätsverbesserung verwirklichen“* (KAMISKE/BRAUER 1996, S. 60).<sup>4</sup> Qualitätsmanagement umfasst

---

4 Mit der DIN EN 8402:1995 wird der Begriff Qualitätsmanagement in der deutschen Übersetzung für den Oberbegriff Qualitätssicherung verwendet. Die DGQ empfiehlt den Begriff Qualitätssicherung nur noch im Zusammenhang mit Qualitätsmanagement-Darlegung zu verwenden (deutsche Übersetzung für quality assurance) oder nicht mehr zu benutzen, um Verwechslungen zu vermeiden (vgl. DGQ 1995, S. 35).



demnach die Planung der Dienstleistungen und Prozesse im Hinblick auf die Ziele des Unternehmens, die Bereitstellung der Mittel für und die Umsetzung der Anforderungen sowie die Verwirklichung und Einbindung der geplanten Maßnahmen zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit, der Organisationsfähigkeit und der Mitarbeiter- und Kundenzufriedenheit der Einrichtung.

Die DGQ vereinfacht in einer kurzen Begriffsbestimmung Qualitätsmanagement als „*Gesamtheit der qualitätsbezogenen Tätigkeiten und Zielsetzungen*“ (DGQ 1995, S. 35).

Eine charakteristische, auf die Prozesse eines Unternehmens ausgerichtete, Begriffsbestimmung liefert BRAUER (1997); er versteht unter Qualitätsmanagement die „*Gesamtstrategie*“ der „*Aufbau- und Ablauforganisation des Betriebes mit allen Einrichtungen und Maschinen sowie mit der Dokumentation aller qualitätsrelevanten Maßnahmen einschließlich der Meß- und Prüfergebnisse*“ (BRAUER 1997, S. 5).

### 1.2.2.1 Qualitätsmanagementsystem

Zur Umsetzung eines Qualitätsmanagements im Unternehmen ist eine Entwicklung zum Qualitätsmanagementsystem erforderlich. Dies erfolgt durch die Festlegung und Ausführung von Prozessen, die für die Produkt- bzw. Dienstleistungserstellung benötigt werden sowie durch die Festlegung von Schnittstellen und die Zusammenarbeit mit anderen Bereichen der Einrichtung. Diese Prozesse (gekennzeichnet durch Verfahren und Abläufe) müssen in einem QM-Handbuch dokumentiert werden (vgl. DIN/PFITZINGER 2001, S. 31).

Von der DGQ wird in sinngemäßer Begriffsbestimmung angeführt, dass ein QM-System die Organisationsstruktur, Verfahren, Prozesse und Mittel darstellt, die zur Verwirklichung des Qualitätsmanagements eingesetzt werden (vgl. DGQ 1995, S. 36).

Ein Qualitätsmanagement, das nach der DIN EN ISO 9000ff. in ein Unternehmen eingeführt und umgesetzt wird, verpflichtet die Unternehmensleitung, die Aufgaben, Arbeitsabläufe, Arbeitsprozesse, Instrumente und Verfahren entsprechend der Normvorgaben zu beschreiben und im QM-Handbuch zu dokumentieren (vgl. KUWAN 1996, S. 41). Diese Realisierung eines QM-Systems wird von der DIN EN ISO 9001 vorgegeben und soll die Festlegung, Umsetzung und Dokumentation der Normbestandteile „Verantwortung der Leitung“, „Management der Mittel“, „Management der Abläufe und Messung“, „Analyse“ und „Verbesserung“ enthalten.

### 1.2.2.2 Qualitätssicherung/QM-Darlegung

Die Aufgabe der Qualitätssicherung/QM-Darlegung besteht darin, im Rahmen eines QM-Systems in einer Organisation die „*qualitätsbezogenen Aktivitäten in die bestehende Aufbau- und Ablauforganisation des Unternehmens*“ zur Ordnung und Verwirklichung der geplanten Tätigkeiten einzubinden (KAMISKE/BRAUER 1996, S. 61).

Die DGQ definiert Qualitätssicherung/QM-Darlegung in einem analogen Wortlaut und fügt der Definition der DIN den Aspekt des Nutzens hinzu. Dieser besteht darin, ein ausreichendes Vertrauen im Hinblick auf die Realisierung der Qualitätsforderung der Einheit zu schaffen (vgl. DGQ 1995, S. 145). Diese Vertrauensschaffung erfolgt mit dem Zweck, durch Audits interne Verlässlichkeit für die Leitung und externes Vertrauen für

die Kunden und Partner mit Blick auf die Erfüllung der Merkmale und Einzelforderungen der geplanten und umgesetzten Prozesse, Dienstleistungen und Ergebnisse zu gewährleisten.

Qualitätssicherung/QM-Darlegung bedeutet demnach die Realisierung der Prozesse und Dienstleistungen in der Organisation. Ziel ist es Sicherheit zu gewährleisten, dass die geplanten Tätigkeiten und Anforderungen die festgelegten Qualitätsforderungen an die Prozesse und Dienstleistungen in der Organisation erfüllen. Dies setzt voraus, dass eine Analyse der bestehenden Strukturen, Prozesse und Dienstleistungen im Vergleich mit den Ergebnissen der Realisierung dieser Vorgänge im Sinne eines regulativen evaluierenden Prozesses erfolgt.<sup>5</sup>

In diesem Zusammenhang erscheint es zweckmäßig, den Begriff Qualitätsverbesserung zu erläutern. Qualitätsverbesserung stellt ein übergeordnetes Ziel im Qualitätsmanagement dar und wird oftmals auch als Qualitätsentwicklung bezeichnet. Qualitätsverbesserung umfasst alle Maßnahmen zur Steigerung der Effektivität und Effizienz der Prozesse und Dienstleistungen einer Organisation, die der Organisation selbst und ihren Mitgliedern sowie den Kunden dienen (vgl. KAMISKE/BRAUER 1996, S. 62, DGQ 1995, S. 54). Eine Verbesserung der Qualität wird zum einen durch die Veränderung der Organisationsfähigkeit eines Unternehmens (Qualitätsförderung des Personals, der Verfahren, der Produkte, der Organisationsstruktur) erreicht. Zum anderen wird sie durch die Verbesserung der Erfordernisse an die Eigenschaften von Dienstleistungen, Prozessen und Ergebnissen (Qualitätssteigerung) und außerdem durch die Qualitätserhöhung, beispielsweise durch die Verbesserung des Qualitätsmanagement hin zu einem Total Quality Management, unterstützt.

Der Begriff Qualitätsentwicklung soll im folgenden Abschnitt im Zusammenhang von Qualität und Lernen erläutert werden, da anzunehmen ist, dass eine (Weiter-)Entwicklung von Qualität, auch im Hinblick auf die Organisationsstruktur und die in diesem Rahmen agierenden Personen, mit dem Lernen verknüpft werden kann.

## 1.2.3 Qualität und Lernen

### 1.2.3.1 Qualität im Bildungsbereich

Im Kontext der bereits angeführten Definitionen und Bedeutungen von Qualität nach DIN und DGQ wird der Begriff im Zusammenhang mit dem Lernen in Bildungsinstitutionen als *“eine Gewährleistung der Erfüllung selbst definierter Anforderungen“* aufgefasst (KUWAN 1996, S. 41). Für ein Qualitätsmanagement im Bildungsbereich besagt diese Definition, dass ein Weiterbildungsanbieter eigene kundenorientierte Qualitätsziele und Qualitätsanforderungen entsprechend seiner Unternehmenspolitik als Ziele formulieren muss, die es im Rahmen des Qualitätsmanagement zu erreichen und umzusetzen gilt.

---

<sup>5</sup> Zur Vermeidung von Verwirrungen, mit Blick auf eine sinngemäße Verwendung des Begriffes Qualitätssicherung, wird im Folgenden der Begriff Qualitätssicherung entgegen den Empfehlungen der DGQ allein stehend, aber gleichbedeutend mit Qualitätssicherung/QM-Darlegung verwendet.

Qualität stellt im Zusammenhang mit Lernen und Bildung, speziell im Bereich der Erwachsenenpädagogik, eine „*Gesamtperspektive und einen umfassenden Handlungsrahmen für die Weiterentwicklung der Bildungsarbeit*“ dar (KNOLL 2002a, S. 73). Dabei wird Qualität in der täglichen Arbeit durch Qualitätsmanagement, Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung verdeutlicht, verbunden und gesichert, wobei die Bestrebung „Qualität zu leisten“ auf jegliche Organisation und demzufolge auch auf Einrichtungen des Pflegebereichs übertragen werden kann.

Qualität ist keine konstante Größe, sondern wird als ein dynamischer Prozess verstanden. Hierbei werden Tätigkeitsabläufe im Hinblick auf angestrebte Erfordernisse entwickelt (Qualitätsentwicklung), wobei erreichte Veränderungen (Ergebnisse) in der strukturellen und prozessualen Organisation gesichert werden (Qualitätssicherung) und das Qualitätsmanagement sich für eine regelmäßige Anpassung, Veränderung und Überprüfung dieser Prozesse und Ergebnisse einsetzt (vgl. KNOLL 2002a, S. 73f.).

Dieses wichtige Merkmal von Qualität wird auch im folgenden Zusammenhang deutlich: Danach wird Qualität von vielen Faktoren oder Bestandteilen beeinflusst, hierzu zählen z. B. die Umwelt und Gesellschaft, die Mitarbeiter in einer Organisation, die Kunden und Partner, die strukturellen Gegebenheiten, wie Kommunikationsstruktur und Hierarchien, deren Bedeutungen und Beziehungen untereinander und zur Qualität besonders in den QM-Modellen und -Ansätzen (z. B. DIN EN ISO, EFQM, TQM) zum Ausdruck kommen. Diese Faktoren bzw. Bestandteile sind größtenteils denkende und lernende Subjekte, die sich in ihren Anforderungen, Wünschen und Bedürfnissen verändern und entwickeln. Demzufolge muss auch die Qualität diesen sich ändernden Faktoren angepasst werden, wofür eine fortlaufende Überprüfung und Evaluation zur Sicherung der Prozesse im Qualitätsmanagement notwendig ist.

### 1.2.3.2 Qualitätssicherung als Grundgedanke des Qualitätsmanagements

Qualitätssicherung kann als ein aktives Bestreben, eine bestimmte Qualität zu erreichen, beizubehalten und zu verändern verdeutlicht werden (vgl. FORUM BILDUNG 2001b S. 33). Um festzustellen, welche Qualität zu einem bestimmten Zeitpunkt erreicht wurde, müssen die Prozesse im Qualitätsmanagement evaluiert werden. Demnach sind Qualitätssicherung und Evaluation voneinander abhängige Vorgänge.

Im Qualitätsmanagement wird davon ausgegangen, dass die Umsetzung einer Aktivität in einer Organisation durch vorausgehende Tätigkeiten und Abläufe (Prozesse) gesteuert und gesichert wird. Die Qualität der Gestaltung und Sicherung der Prozesse bestimmt die Realisierung der Handlung (die Qualität des Ergebnisses). In einer Bildungseinrichtung bestimmen demzufolge das Lernangebot und die strukturellen Gegebenheiten der Organisation die Ermöglichung von Lernprozessen und von da aus den Lernertrag, d. h. die Entwicklung und Erweiterung von Kompetenzen, für die teilnehmende Person (vgl. (KNOLL 2002a, S. 74). Die Sicherung der Qualität von Prozessen und Strukturen einer Organisation, als Voraussetzung für die Sicherung der Qualität des erwünschten Ergebnisses, wird als „*Kern von Qualitätsentwicklung und Qualitätsmanagement*“ herausgestellt (ebd., S. 75).

KNOLL (2002a) hebt die konstitutive „Selbsttätigkeit“ beim Lernen als einen besonderen Aspekt des Qualitätsmanagements in Bildungseinrichtungen hervor. Dies kennzeichnet, dass der Lernende an seinem individuellen Lernertrag und dessen Qualität (Ergebnisqualität) entscheidend mitwirkt. Die Mitarbeiter der Einrichtung sorgen zur Gewährleistung einer gesicherten Ergebnisqualität für die Sicherung des Lehr-Lern-Angebots und für die Durchführung ihrer Tätigkeiten zur Lernunterstützung. Dabei bieten die Mitarbeiter Unterstützungsformen als Lernarrangements, damit die Lernenden die Inhalte erarbeiten können. Qualität entsteht demnach aus der komplementären Verantwortung der Mitarbeiter und der so genannten „Kunden“, wobei für eine Spezifizierung im Gebrauch dieses Begriffes im Sinne „mitproduzierender Kunde“ plädiert wird (vgl. KNOLL 2002a, S. 75f.).

### 1.2.3.3 Qualitätsentwicklung

Qualitätsentwicklung lässt sich verstehen als ein umfassender und mehrdimensional organisierter Prozess, der die Rahmenbedingungen, strukturierte Tätigkeitsabläufe sowie Transparenz und Kommunikation umfasst und die vollständige Organisation und ihre Mitarbeiter betrifft (vgl. NÖTZOLD, 2002, S. 140).

Qualitätsentwicklung kann einerseits – wie bereits angeführt – mit Qualitätsverbesserung gleichgesetzt und andererseits auch auf die Entwicklung der Organisation bezogen werden. Im erstgenannten Zusammenhang wird Qualitätsentwicklung anhand eines Regelkreises<sup>6</sup> verdeutlicht, wobei operationalisierte Qualitätsziele erreicht werden. Die dafür notwendigen Schritte bestehen in der Planung von einzelnen Aktivitäten und Prozessen, der Durchführung und Auswertung der Vorgänge, der Dokumentation von Erkenntnissen und Ergebnissen sowie der Prüfung und Entscheidung (Konsequenzen ziehen) mit Blick auf die Beibehaltung der Ergebnisse oder eine Veränderung (vgl. Qualitätsentwicklungskreis in KNOLL ET AL. 2001, S. 72).

Im zweiten begrifflichen Kontext umfasst Qualitätsentwicklung einen organisationalen Prozess, der den Aufbau und die Implementierung eines Qualitätsmanagements (auf der Basis eines Modells, wie DIN, EFQM, TQM) eine Qualitätssicherung und eine Qualitätsverbesserung enthält und auf die Organisationsentwicklung ausgerichtet ist bzw. hinführt. NÖTZOLD (2002) formuliert hierzu: *„Grundlage des Handelns in der Qualitätsentwicklung sind immer dieselben Prinzipien: das Durchschreiten des Qualitätszyklus und die Bewegung von der Selbstbewertung zur Qualitäts- und Organisationsentwicklung und wieder zurück.“* (ebd., S. 48). Das QM-Modell selbst, kann die Definition der zu erreichenden Qualität einer Organisation nicht leisten, jedoch eine gewisse Sicherheit im Prozess der Qualitätsentwicklung hin zur Organisationsentwicklung geben (vgl. NÖTZOLD 2002, S. 49).

### 1.2.3.4 Lernen

In der allgemeinen Pädagogik wird Lernen einerseits als Vorgang zur Aufnahme und Speicherung von Sinnesdaten im Sinne einer Bemühung des Lernalerns um Selbsterkenntnis und andererseits als ein technisch-praktischer Vorgang zur Verarbeitung und Nutzung von Informationen erklärt (vgl. BÖHM 2005, S. 407).

---

6 Der Begriff Regelkreis wird hier synonym zu den Begriffen Qualitätszyklus, Qualitätsregelkreis und Qualitätskreislauf verwendet.

Einem psychologischen Verständnis entsprechend, wird Lernen weitgehend als Anpassungsprozess für „*Veränderungen des individuellen Verhaltens auf bestimmte Reize, Signale, Objekte oder Situationen*“, die automatisch und/oder bewusst verarbeitet werden, definiert (FRÖHLICH 2004, S. 282). Von Lernen wird jedoch nur gesprochen, wenn die Verhaltensänderungen nicht auf angeborene Reaktionsweisen, Reifungsprozesse oder Veränderungen des Organismus zurückzuführen sind. Dabei umfasst das Lernen neben der geistigen Entfaltung und der Erweiterung von Einsichten und Kenntnissen auch die Veränderung von motorischen und sozialen Verhaltensweisen (vgl. BÖHM 2005, S. 407).

Lernprozesse, auch als Lernvorgänge bezeichnet, bilden die Grundlage für Verhaltensmodifikationen von situativen Handlungsweisen und für Veränderungen von Auffassungen und Einstellungen (vgl. FRÖHLICH 2004, S. 282). Sie sind von verschiedenen Bedingungsfaktoren abhängig. So wird der Lernprozess beispielsweise durch die Motivation des Lernalers, durch seinen Entwicklungsstand und durch die Struktur der Lernsituation gesteuert (vgl. BÖHM 2005, S. 407).<sup>7</sup>

Der Begriff Lernprozess kann als Gesamtheit der Lernvorgänge und Lernansätze betrachtet werden und wird oftmals im Zusammenhang mit den Begriffen (Weiter)Entwicklung, (Weiter)Qualifizierung, Wachstum und Transferieren von Wissen in Handlungen bzw. individuellen Kompetenzen umschrieben.

Da es im Zusammenhang mit Qualität, Qualitätsentwicklung, Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung um Überprüfung, Weiterentwicklung, Verbesserung und Veränderung von Vorgängen, Gewohnheiten und Kommunikationsformen geht, kann „Lernen“ als Begleitdimension von Qualitätsentwicklung und Qualitätsmanagement angesehen werden (vgl. KNOLL 2002a, S. 84). Im Rahmen der Qualitätsentwicklung, getragen durch ein QM-Modell wie das der EFQM, kann durch die Selbstbewertung der eigenen Vorgänge und Arbeit das „*Wissen in der Organisation aktiviert*“ werden, wodurch „*gemeinsames Lernen innerhalb der Organisation nicht nur ermöglicht, sondern zu einer faszinierenden Kraft*“ wird (NÖTZOLD 2002, S. 50).

So kann die Qualitätsentwicklung mit dem Begriff Lernen in einen systematischen Zusammenhang gebracht werden. Wie bereits festgestellt, bedeutet Qualität und Qualitätsentwicklung Veränderung und Weiterentwicklung von Abläufen, Strukturen und Tätigkeiten in der Organisation. Dabei werden die Prozesse durch das Handeln gemäß dem Qualitätsregelkreis kontinuierlich entwickelt, verändert und gesichert. Dies deutet ebenfalls auf den Lernaspekt hin. Demnach kann geschlussfolgert werden, dass der dynamische Prozess der Qualitätsentwicklung, der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements durch das Lernen in seiner Eigenschaft eines beweglichen und flexiblen Vorgangs aufrechterhalten wird.

Im Hinblick auf die Gegebenheiten der Kompetenzentwicklung soll nachfolgend eine Spezifizierung auf die Lernformen formales und informelles Lernen gegeben werden, um im

---

<sup>7</sup> Zur Auseinandersetzung mit den Lernprozessen, die mit Hilfe von Lerntheorien modelliert werden, soll an dieser Stelle auf BÖHM 2005 verwiesen werden. (vgl. ebd., S. 408f.).

späteren Verlauf der Arbeit (Kapitel 6) den Bezug zum Organisationslernen und wesentlichen Lernansätzen in lernenden Organisationen herzustellen.

Abgeleitet aus englischsprachiger Literatur wird Lernen in formales, non-formales und informelles Lernen differenziert. Dabei umfasst formales Lernen ein planmäßiges, organisiertes und gesellschaftlich anerkanntes Lernen in einem öffentlichen Bildungssystem. Wohingegen non-formales Lernen außerhalb des formalisierten Bildungssystems stattfindet. Das informelle Lernen kann als eine Form des non-formalen Lernens verstanden werden. Es wird als ungeplantes, implizites, unbewusstes Lernen charakterisiert, dass außerhalb des Bildungssystems erfolgt (vgl. COUNCIL OF EUROPE 2000, S. 18 in DOHMEN 2001).

Im deutschen Sprachgebrauch werden die Begriffe non-formales und informelles Lernen nicht gesondert verwendet, sondern es erfolgt eine Festlegung auf das informelle Lernen. Der Begriff wird wie folgt erklärt: Informelles Lernen bezieht sich auf das Selbstlernen, das sich in direkten Lebens- und Erfahrungszusammenhängen außerhalb des formalen Bildungssystems entwickelt (vgl. DOHMEN 2001, S. 25). In den Ausführungen des Autors werden weiterhin Akzentuierungen bzw. Ansätze des informellen Lernens vorgestellt, die an dieser Stelle jedoch nicht weiter verfolgt werden (vgl. Erfahrungslernen, implizites Lernen, Alltagslernen, selbstgesteuertes Lernen, Lernen am Arbeitsplatz in DOHMEN 2001).

Ausgehend von der Annahme, dass etwa 30% des menschlichen Lernens in Bildungsinstitutionen stattfindet, lernen Menschen demnach circa 70% informell in ihren Lebens- und Berufszusammenhängen außerhalb des öffentlichen Bildungssystems, beispielsweise am Arbeitsplatz, zu Hause, im Straßenverkehr, in Interaktionen mit anderen Menschen, in der Ausübung einer Freizeitbeschäftigung sowie in gesellschaftlichen Zusammenkünften (vgl. DOHMEN 2001, S. 7). Informelles Lernen ist folglich der am meisten angewendete Lernansatz in der alltäglichen Lebensführung und kann somit als das eigentliche Lernen fürs Leben bzw. lebenslange Lernen gesehen werden (vgl. KIRCHHÖFER in DOHMEN 2001, S. 131).

Eine spezielle Ordnung und Unterteilung des Lernens Erwachsener nehmen REISCHMANN/DICKHOFF (1996) vor, die den Gesamtbereich des Lernens Erwachsener in intentionales und nicht-intentionales Lernen klassifizieren. Dabei kann intentionales Lernen fremdorganisiert oder selbstorganisiert erfolgen und auch nicht-intendierte Lernprozesse enthalten. Nicht-intentionales Lernen kann geplant stattfinden, wobei das Lernen keinen vordergründigen Zweck erfüllt. Weiterhin kann es unbeabsichtigt mit einer Lernwirkung oder unbemerkt in Lebensroutinen eingebunden, erfolgen (vgl. REISCHMANN/DICKHOFF in ARNOLD 1996, S. 163).

Im Zusammenhang mit dem Lernen, den Lernformen und der Qualitätsentwicklung sollen auch die Begriffe Kompetenz und Kompetenzentwicklung definiert werden, wobei an dieser Stelle auf die ausführliche Begriffsbestimmung in Kapitel 5 verwiesen wird.

### 1.2.3.5 Kompetenz und Kompetenzentwicklung

In Anlehnung an die verschiedenen Begriffsbestimmungen von Kompetenz, die keine einheitliche Definition zulassen, wird für die folgende Untersuchung eine universale Beschreibung des Begriffs Kompetenz festgelegt: Kompetenz eines Menschen beschreibt Fähigkeiten und Handlungsfähigkeiten, angeeignetes, vorhandenes und zu erlernendes Wissen und Können, Einstellungen und verinnerlichte Haltungen sowie beobachtbares Verhalten und Handlungsweisen.

Als Kompetenzbereiche lassen sich Fachkompetenz, personale, soziale und methodische Kompetenz, Kommunikationskompetenz, Selbstlernkompetenz, Handlungskompetenz sowie Selbstorganisationskompetenz unterscheiden (vgl. ARNOLD ET AL. 2004, S. 29ff., vgl. ERPENBECK/ROSENSTIEL 2003, S. XVf.).

Die Entwicklung von Kompetenz ist ein individueller Prozess, der mit einer persönlichen Weiterentwicklung einhergeht. Der Begriff Kompetenzentwicklung bezeichnet somit die Entwicklung der Persönlichkeit des Menschen (vgl. VONKEN 2005, S. 39). Dabei entstehen Kompetenzen als Ergebnisse handlungs- und tätigkeitsintegrierter Lernprozesse<sup>8</sup>, die vielfach durch informelles Lernen gekennzeichnet sind (vgl. STEINER 1996, S. 78, DOHMEN 2001, S. 43). Das bedeutet, dass eine Kompetenzentwicklung nicht allein durch Vermittlung von Informationen, sondern im Kontext informellen Lernens in seinen Ausprägungen eines Erfahrungslernens, eines Alltagslernens und eines selbstgesteuerten Lernens erfolgt (vgl. DOHMEN 2001, S. 42).<sup>9</sup>

---

8 In diesem Zusammenhang wird auch von beruflicher Kompetenzentwicklung gesprochen (vgl. hierzu ALBRECHT 1997 und BERNIEN 1997 in QUEM 1997, BORSI 1997, MEYER-DOHM 2002 in QUEM 2002).

9 Vgl. hierzu ebenfalls die Ausführungen von Arnold 1997 zum Wandel von der Weiterbildung zur Kompetenzentwicklung in QUEM 1997, S. 253-307.

## 2 Qualitätsmanagement in Einrichtungen des Gesundheitswesens

In Einrichtungen des Gesundheitswesens und der Altenhilfe wird Leistung und Qualität maßgeblich im Kontext der jeweils erbrachten Dienstleistung am und mit Patienten und Bewohnern betrachtet. Im Folgenden werden einige zentrale Begriffe geklärt, die für das allgemeine Verständnis und den Zusammenhang von Qualität in der Pflege notwendig sind.

### 2.1 Begriffsbestimmungen

#### 2.1.1 Gesundheitswesen

##### Aufgaben und Ziele

Das Gesundheitswesen in Deutschland wird als ein System von Einrichtungen und Personen betrachtet, deren Aufgaben in der Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit sowie der Gesundheitsförderung und Prävention bestehen.<sup>10</sup> Die Finanzierung des Gesundheitswesens wird einerseits durch den Staat (vertreten durch Bund und Länder) über die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und andererseits durch private, gemeinnützige und öffentliche Leistungserbringer geregelt (vgl. ALBER 1992, S. 18). Gesundheitsreformen wie die GKV-Gesundheitsreform 2000 enthalten übergeordnete Maßnahmen des Gesundheitswesens, die sich die Stärkung der Patientenrechte, die Sicherung der Qualität zu erbringender Gesundheitsleistungen, die Stärkung der Gesundheitsförderung und die Prävention der Selbsthilfe von Patienten und Klienten zum Ziel setzen.

##### Gliederung des Gesundheitswesens

Das Gesundheitswesen wird in vier Versorgungssektoren gegliedert: den ambulanten und stationären Sektor, den öffentlichen Gesundheitsdienst sowie weitere Zusammenschlüsse von Gesundheitsdienstleistern. Das ambulante Versorgungssystem umfasst die niedergelassenen Ärzte, das stationäre Versorgungssystem die Krankenhäuser, Kliniken, Einrichtungen der Altenhilfe und Rehabilitationseinrichtungen. Der öffentliche Gesundheitssektor schließt vor allem Gesundheits-, Lebensmittel- und Veterinärämter ein. Unter den weiteren Gesundheitsdienstleistern werden Rettungsdienste, pharmazeutische Industrie, Apotheken, Medizingerätehersteller zusammengefasst.

---

<sup>10</sup> Die folgenden Begriffsbestimmungen beziehen sich auf die Ausführungen ALBERS (1992) zur Entwicklung, Struktur und Funktionsweise des Gesundheitswesens der Bundesrepublik Deutschland sowie auf die begrifflichen Erläuterungen von OSWALD ET AL. (1991) zum Themenbereich Gerontologie.



## Träger des Gesundheitssystems

Das Gesundheitssystem wird von Bund und Ländern getragen und verantwortet. Bund und Länder wiederum übertragen ihre (gesetzlichen) Aufgaben an öffentlich rechtliche Institutionen, wie Krankenkassen, Pflegekassen, Unfallkassen, Rentenversicherer und Berufsgenossenschaften und ihre Vereinigungen und Spitzenverbände.

### 2.1.2 Altenhilfe

#### Ziele und Grundsätze der Altenhilfe

Favorisierte Ziele und Aufgaben der Altenhilfe stellen die Sicherung der wirtschaftlichen, sozialen und gesundheitlichen Bedürfnisse älterer Menschen dar (vgl. OSWALD U. A. 1991, S. 16). Weiterhin gilt es, ihre soziale und gesellschaftliche Integration zu sichern und ihren independenten und persönlichen Lebensstil zu erhalten. Für ältere Mitmenschen, die nicht mehr in der Lage sind sich selbständig zu versorgen, sollen geeignete Institutionen geschaffen werden (vgl. OSWALD ET AL. 1991, S. 16f.).

Somit können aus diesen Zielen die Prinzipien für alle Einrichtungen und Dienstleistungen der Altenhilfe abgeleitet werden:

- ~ „Erhaltung der menschlichen Würde und individuellen Persönlichkeit im Alter;
- ~ Wahrung eigenständiger Lebensführung und der Grundlagen für eine angemessene Lebensqualität;
- ~ Vermittlung von Selbstwertgefühl, sozialer Aktivität und dem Bewusstsein, trotz gegebener Rollenverluste am Leben in der Gesellschaft teilzuhaben.“ (OSWALD ET AL. 1991, S. 17).

#### Typen der Altenhilfe

Einrichtungen der Altenhilfe werden in offene und ambulante sowie stationäre und teilstationäre Altenhilfe unterteilt. Zur stationären Altenhilfe zählen die folgenden Institutionen: Altenwohn-, Altenpflege<sup>11</sup> und Altenheime sowie Rehabilitationseinrichtungen. Tagesheime, Tagespflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Kurzzeitpflege gehören zu den teilstationären Institutionen der Altenhilfe. Zur ambulanten Altenhilfe werden soziale Hilfsdienste, mobile Pflegedienste, Essen auf Rädern, Besuchsdienste sowie Fahr- und Begleitdienste gezählt. Zur offenen Altenarbeit zählen die Altentages- und Altenbegegnungsstätten, die Altenerholung sowie der stationäre Mittagstisch (vgl. OSWALD ET AL. 1991, S. 17).

#### Träger der Altenhilfe

Die Träger der Altenhilfe werden in öffentliche, gemeinnützige und private Einrichtungen unterteilt. Sie werden von Verbänden der freien Wohlfahrtspflege getragen und durch die Leistungen nach BSHG (Bundessozialhilfegesetz) von den örtlichen und überörtlichen Behörden unterstützt. Weiterhin ist vom Gesetzgeber eine Zusammenarbeit zwischen öffentlichen Sozialhilfe-Trägern und Verbänden der freien Wohlfahrtspflege gesetzlich geregelt (vgl. OSWALD ET AL. 1991, S. 21f.).

---

11 Im Folgenden werden die Begrifflichkeiten Altenpflegeheim und Einrichtungen der Altenpflege synonym zum Begriff Pflegeeinrichtung verwendet.

Die Einrichtungen der Altenhilfe unterscheiden sich durch ihre Verantwortlichkeit, ihre Trägerschaft und ihre Finanzierung. Einen Bereich bilden demnach staatlich getragene Einrichtungen, die durch die öffentliche Hand finanziert werden. Der andere Bereich besteht aus privaten Einrichtungen, deren Finanzierung über private Organisationen und Träger erfolgt. Diese strukturellen Rahmenbedingungen beeinflussen auch die Auswahl und Verfahren des Qualitätsmanagements.

### 2.1.3 Pflegequalität

Wie für den allgemeinen Qualitätsbegriff existieren auch für den Begriff der Pflegequalität zahlreiche Begriffsbestimmungen. Die Mehrheit einschlägiger Autoren verweist in ihren Ausführungen auf die Definitionen DONABEDIANS (1966, 1968, 1970) (vgl. z. B. WEH/SIEBER 1995, GIEBING 1995, DAHLGAARD/SCHIEMANN 1995, VITT 2002, KALTENBACH 1993), die nachfolgend vorgestellt werden.

DONABEDIAN (1966) lehnt sich in seiner Definition der „*quality of medical care*“ an die Begriffsbestimmung von LEE und JONES (1933) an, die Qualität im Gesundheitswesen als Bestandteil des Pflegeprozesses oder als Ziele bzw. Zielvereinbarungen dieses Prozesses bezeichnen (vgl. ebd. 1966, S. 167). Dabei stellt die Definition von Qualität die Reflexion der Werte und Ziele des derzeitigen Gesundheitswesens als Teil der Gesellschaft dar (vgl. ebd.).

Gute medizinische Pflege wird von DONABEDIAN (1968) (in Anlehnung an LEE/JONES) als die Art der Ausübung und Unterrichtung der Heilkunst durch anerkannte Führungskräfte des medizinischen Berufes bezeichnet, die die Pflege zu einer gegebenen Zeit oder zu einem gegebenen Zeitraum einer sozialen, kulturellen und professionellen Entwicklung in einer Gemeinschaft oder Bevölkerungsgruppe durchführen (vgl. ebd., S. 196).

*„Qualität, ein wesentlicher Bestandteil des medizinischen Pflegeprozesses [...] ist genauer gesagt die Dimension der Beurteilung von Elementen und Wechselbeziehungen im medizinischen Pflegeprozess. Es ist ein Urteil darüber was ‚gut‘ oder ‚schlecht‘ ist. Dafür ist es erforderlich die Elemente oder Wechselbeziehungen zu spezifizieren, die die Objekte des Anliegens eines beliebigen Prozesses der Qualitätsprüfung sind, und welche Merkmale relevant sind, um die ‚Güte‘ für diese zu bestimmen“*, definiert DONABEDIAN (1968, S. 182) in seiner Begriffsbestimmung von Qualität im Gesundheitswesen und Pflegebereich.

Der Autor verbindet zudem seinen Qualitätsbegriff mit einem Evaluationsprozess, der als ein unverzichtbares Element angesehen wird, weil er allein die „Rückmeldung“ bezüglich der Leistung des Systems unterstützt. Evaluation ist demnach für die administrative Kontrolle der Qualität notwendig und ein wesentlicher Bestandteil zur Prüfung der Konsequenzen geplanter Veränderungen in der Organisation der Gesundheitsdienstleistungen (vgl. DONABEDIAN 1968, S. 183).

Eine Sicherung der Qualität kann, entsprechend diesem Ansatz, nur durch eine kontinuierliche Anpassung und Veränderung von Strukturen und Prozessen nach einer in regelmäßigen zeitlichen Abständen durchgeführten Evaluation gewährleistet werden (vgl. GIEBING 1996, S. 22f.).

### 2.1.3.1 Evaluation des Pflegeprozesses

DONABEDIAN (1970) beschreibt den Pflegeprozess als ein Produkt einer wechselseitigen Interaktion, an der sich Dienstleister und Klient beteiligen. Das bedeutet, dass der Pflegeprozess bedeutsame Komponenten der Dienstleister-Klienten-Beziehung enthält (vgl. ebd., S. 131). Der Autor stellt vier zu beachtende Kernpunkte zur Evaluation der Patientenpflege heraus (ebd., S. 131f.):

1. Die Perspektive, aus welcher die Patientenpflege evaluiert wird: Geschieht das aus einer vorwiegend professionellen Sichtweise oder umfasst die Evaluation auch die Erwartungshaltungen, Wünsche und Erfahrungen der Klienten.
2. Der zweite Kerngedanke bezieht sich auf das Niveau und den Bereich des Evaluationsgegenstands: Beschränkt sich das Krankenhaus auf die eigentlich angebotene Pflege, die in dessen Zuständigkeitsbereich liegt, oder erwägt es auch andere Zugänge zur Pflege, wie die Angemessenheit der Pflege und die Pflegequalität, die der Gemeinschaft dienen.
3. Der dritte Punkt betrifft den Umfang, auf welchen der Pflegeprozess bezogen wird: Bezieht sich dieser strukturelle Merkmale der Organisation innerhalb welcher die Pflege angeboten wird (alle institutionalisierten Abläufe zur Sicherung und Bewertung der Qualität der Pflege) oder auf die Ergebnisse der Pflege, die die wichtigsten Indikatoren für den Misserfolg oder Erfolg in der Pflege darstellen. Diese evaluationsrelevanten Ergebnisse umfassen Krankheit, Gesundheit, Behinderungen und Tod. Weiterhin sollten Abweichungen im Gesundheitszustand, abweichendes Verhalten des Patienten, Unzufriedenheit, Kenntnisse über die Krankheit und das Einhalten einer empfohlenen gesunden Lebensweise in den Ergebnissen berücksichtigt und einbezogen werden.
4. Der vierte Kernpunkt betrifft die vorhandenen Methoden zur Überprüfung der Patientenpflege und ihrer Ergebnisse sowie die Mittel, mit denen diese Verfahren am besten realisiert werden. Die Punkte zur Überprüfung enthalten:
  - ~ die Vollständigkeit und Genauigkeit der medizinischen Datensätze als Basis für die Evaluation,
  - ~ eine Stichprobenprüfung,
  - ~ eine Festlegung und Beschreibung von Standards,
  - ~ die Reliabilität und Validität der Gruppenurteile sowie
  - ~ das Benutzen statistischer Indizes der Pflege und Ergebnisse anstelle von oder im Zusammenhang mit umfangreichen Revisionen.

Die Punkte zur Realisierung beziehen sich auf die Gesichtspunkte:

- ~ Berücksichtigung von Zuständigkeiten für die Bewertung,
- ~ angemessene Zielvorstellungen für die Bewertung,
- ~ Körperschaften, die mit der Durchführung vertraut gemacht werden,
- ~ Effektivität der Bewertung,
- ~ Einflussfaktoren, die eine Bedeutung für die Erbringung der Leistungsfähigkeit oder Wirkungslosigkeit hinsichtlich der Veränderung professionellen Verhaltens haben,
- ~ Lokalisierung möglicher Gefahren sowie den Vergleich von Kosten und Nutzen.

### 2.1.3.2 Dimensionen der Pflegequalität

Der Ansatz von DONABEDIAN (1966), die Qualität in den Dimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu beschreiben, kann vom Gesundheits- ebenfalls in den Pflegebereich übertragen werden (vgl. ebd., S. 167-170). Diese Kategorien der Qualität sollen helfen, die Pflegequalität besser beurteilen zu können (vgl. GIEBING 1996, S. 19). Dabei ist davon auszugehen, dass sich die Qualitätsbereiche wechselseitig beeinflussen. In jeder Qualitätsdimension werden Standards anhand messbarer Kriterien zur Einschätzung der Pflegequalität festgelegt (vgl. KÄMMER 1994, S. 127).

#### Strukturqualität

Die Strukturqualität umfasst neben der Organisationsstruktur ebenfalls die architektonische, finanzielle und technische Verfügbarkeit und Ausstattung von Räumen, Geräten und Pflegehilfsmitteln sowie deren Funktionstüchtigkeit. Eine adäquate Personalausstattung und die Qualifikation der Mitarbeiter werden ebenfalls als Merkmale für die Strukturqualität betrachtet. Hinsichtlich der Wettbewerbsfähigkeit gegenüber anderen Pflegeeinrichtungen wird der Raum- und Geräteausstattung eine Bedeutung beigemessen, da die Verfügbarkeit von Einzel- oder Doppelzimmern und ihre Gestaltung in einer Pflegeeinrichtung die Nachfrage der zukünftigen Bewohner mitbestimmt. Ihre Individualität können die Bewohner eines Altenpflegeheims durch eigene, mitgebrachte Möbel und durch die Privatsphäre eines Einzelzimmers in einem Altenpflegeheim erhalten. Das sagt allerdings nichts über die Qualität der erbrachten Leistungen aus. Ein direkter Einfluss auf die Prozess- und Ergebnisqualität der pflegerischen und medizinischen Leistungen lässt sich anhand der Merkmale des Personalbestandes vermuten. Diese beziehen sich auf die Personalanzahl je Bewohner, den Ausbildungsstand und spezielle Qualifikationen der Pflegekräfte, wie z. B. gerontologische Fachkräfte. Demnach können eine niedrige Fachkraftquote und eine höhere Anzahl von pflegerischen Hilfskräften die Durchführung und das Ergebnis einer Pflegehandlung möglicherweise einschränken.

#### Prozessqualität

Die Prozessqualität bezeichnet die Abläufe und Tätigkeiten von der Planung bis zur Durchführung der Dienstleistungen. Im Pflegebereich sind dies beispielsweise die Auswahl, Planung und Durchführung von Grund- und Behandlungspflegen, Betreuungsangeboten und eine entsprechende Pflegeplanung. Besonders im Bereich der Prozess- und Ergebnisqualität ist es notwendig, Qualitätsindikatoren (beispielsweise durch Standards) vorzugeben, die es den Pflegekräften ermöglichen, die Leistungen nach aktuellen pflegewissenschaftlichen und medizinischen Erkenntnissen durchzuführen und den Bewohnern und den Mitarbeitern die Sicherheit professionellen Handelns und der Überprüfbarkeit zu bieten. Die Prozessqualität scheint enger mit der Ergebnisqualität zu korrelieren als die Strukturqualität, wobei eine Kausalität unterstellt wird, dass eine gute Prozessqualität qualitativ gute Ergebnisse fördert (vgl. HAESKE-SEEGER 2001, S. 113). Demzufolge kann nur ein indirekter Bezug hergestellt werden. Dieser besteht darin, dass eine sensible, kommunikative und fachlich korrekte Durchführung der Körperpflege, die auch das Beachten der Individualität und Intimität einschließt, eine Bewertung der Pflegequalität durch den Bewohner und damit sein Wohlbefinden und seine Zufriedenheit fördert.

### **Ergebnisqualität**

Die Ergebnisqualität wird durch Standards und Indikatoren der strukturellen und prozessualen Merkmale der Einrichtung bestimmt und umfasst die folgenden Aspekte: Pflegeziele und Pflegeergebnisse, Bewohner- und Kundenzufriedenheit, Mitarbeiterzufriedenheit und wirtschaftliche Ergebnisse. Aufgrund der Beurteilung einer Leistung anhand des erreichten Ergebnisses, wird das Ergebnis als direkter Indikator der Pflegequalität betrachtet. Wenn davon auszugehen ist, dass die Ergebnisqualität und damit die Pflegequalität durch Strukturen und Prozesse beeinflusst wird, liegt es bei der Einrichtung, strukturelle Gegebenheiten, wie Personalanzahl, Qualifikation der Mitarbeiter und Prozesse sowie die Durchführung von Pflegehandlungen zu verändern oder neu zu gestalten. Hierdurch können die Ergebnisse, wie Pflegeziele, Bewohner- und Mitarbeiterzufriedenheit, optimiert werden (vgl. HAESKE-SEEBERG 2001, S. 113). Die Mittel dafür stellen Pflegestandards dar, die von der Einrichtung erworben oder eigens entwickelt werden. Dadurch können prozessuale Abläufe sowie die zu erreichenden Pflegeziele festgelegt, die Qualität der zu erbringenden Leistungen angeordnet und die erbrachte Qualität indiziert werden.

Abgrenzend von der Differenzierung von Qualität in die dargestellten Dimensionen, kann die Pflegequalität in weitere Komponenten abgestuft werden, die sie näher charakterisieren und die Reichweite des Begriffes verdeutlichen. Die Technik in der Pflege, die interpersonellen Beziehungen zwischen Bewohner/Patient und Pflegekraft, die professionelle Haltung des Pflegepersonals sowie die Pflegeorganisation stellen mit ihren Eigenschaften nach DONABEDIAN (1966) gleichfalls Komponenten der Pflegequalität dar.

Weitere Elemente der geforderten Pflegequalität werden von MAXWELL (1984) genannt, die es gilt, in einer Balance für den betroffenen Bewohner/Patienten und die gesamte Bevölkerung zu halten. Dies sind Effektivität, Effizienz in der Nutzung von Leistungen und Ressourcen, eine Gleichbehandlung und Erreichbarkeit der Leistung für alle Menschen sowie eine erwartungsorientierte bzw. akzeptierte und bedürfnisorientierte Durchführung von Handlungen und Leistungen (vgl. MAXWELL 1984 in GIEBING 1996, S. 21).

An dieser Stelle soll ein erstes Resümee festgehalten werden: In den vorangegangenen Ausführungen werden die Schwerpunkte der Qualitätsbemühungen im Pflegebereich erläutert. Dabei wird deutlich, dass sich die Qualitätsentwicklung in der Altenpflege insbesondere auf die Gesichtspunkte Weiterentwicklung und Sicherung der Pflegequalität bezieht. Weiterhin wird erkennbar, dass an der Qualitätsentwicklung der Pflegequalität auch der Bewohner beteiligt ist, der entsprechend den angeführten Erläuterungen, den Pflegeprozess mit der Pflegekraft interagierend gestaltet und somit auch die Qualität des Pflegeprozesses mitgestaltet. Diese steht in einem systematischen Zusammenhang mit der Ergebnisqualität, d. h. mit den pflegerischen Erfolgen sowie mit der Zufriedenheit von Mitarbeitern und Bewohnern.

Was ergibt sich nun aus diesen begrifflichen Darstellungen für die Untersuchung der Kompetenzentwicklung von Pflegekräften während der Qualitätsentwicklung in Altenpflegeeinrichtungen? Als ein erstes Fazit kann geschlussfolgert werden, dass eine Qualitätsentwicklung der Pflegequalität in Altenpflegeeinrichtungen insbesondere durch die Veränderung von Strukturen und Prozessen erreicht werden kann. In diesem Zusammen-

hang wird vermutet, dass die Mitarbeiter durch die eigens initiierten Veränderungen von Pflegehandlungen und organisatorischen Abläufen sowie durch die Anpassung an veränderte Strukturen und Abläufe lernen und individuelle Kompetenzen entwickeln. Vor dem Hintergrund der Aussage DONABEDIANS (1970, S. 131), dass der Bewohner an der Qualitätsentwicklung der Pflegequalität beteiligt ist, kann für die Kompetenzentwicklung der Mitarbeiter ferner angenommen werden, dass diese auch durch die Arbeit mit den Bewohnern und durch die Person des Bewohners gesteuert wird.

Auf Grundlage dieser Zusammenfassung lässt sich eine leitende Begrifflichkeit für die Untersuchung schlussfolgern: Die Qualitätsentwicklung bezieht sich im Altenpflegebereich auf die Weiterentwicklung der Pflegequalität, die durch die Zusammenarbeit und Beziehung von Pflegekräften und Bewohnern gestaltet wird. Dabei können Lernvorgänge und individuelle Kompetenzentwicklung bei Pflegekräften als begleitende Prozesse im Zusammenhang mit der Qualitätsentwicklung angesehen werden.

### 2.1.3.3 Beurteilung der Pflegequalität

DONABEDIAN (1988, 1978) stellt in seinen Ausführungen zur Beurteilung der Pflegequalität heraus, dass die Dreiteilung der Qualität in Struktur, Prozess und Ergebnis als Methode zur Beurteilung der Pflegequalität nur möglich ist, weil eine gute Struktur die Wahrscheinlichkeit eines guten Prozesses und ein guter Prozess die Wahrscheinlichkeit eines guten Ergebnisses erhöht. Dafür ist es notwendig, die Beziehungen der Qualitätsdimensionen zu begründen, ehe jede einzelne Komponente der Struktur, des Prozesses oder des Ergebnisses zur Beurteilung der Qualität herangezogen werden kann.

Eine Aussage über eine gute oder schlechte Pflegequalität kann nur im Zusammenhang mit der Untersuchung von Verbindungen zwischen Struktur und Prozess und zwischen Prozess und Ergebnis, unter Berücksichtigung organisatorischer Kenntnisse, getroffen werden. Dabei ist aber zu beachten, dass die Beziehung zwischen strukturellen Merkmalen und dem Prozess der Pflege oftmals nicht aussagekräftig erscheint. Dennoch wird geschlussfolgert, dass sie sich gegenseitig bedingen und sich entweder nachteilig oder förderlich auf eine gute Pflege auswirken. Allein auf Grund der Annahme von Beziehungen zwischen Struktur und Prozess, kann jedoch nicht behauptet werden, dass die Pflege tatsächlich gut oder schlecht ist. Qualitätsbeurteilung kann dann einen Beitrag zur Untersuchung der Pflegequalität leisten, wenn im Verlauf der Beurteilung, auf Grundlage des vorhandenen Wissens, unerklärlich erscheinende Verbindungen zwischen Prozess und Ergebnis festgestellt werden (vgl. DONABEDIAN 1988, S. 1745f.).

Die Beurteilung der Struktur liefert die Grundlage dafür, ob die pflegerische Dienstleistung, d. h. der Pflegeprozess, die Voraussetzung für die Sicherstellung einer guten Pflege erfüllt. Da jedoch eine eher schwache Verbindung zwischen Struktur und Prozess angenommen wird, lässt sich schlussfolgern, dass diese Aussage ernsthaft in Frage gestellt werden kann.

*„For using ‚outcome‘ to indicate the quality of antecedent care“, spricht insbesondere die Tatsache, dass die Ergebnisse der Pflege in erster Linie Veränderungen des Gesundheitszustandes anzeigen, die der pflegerischen Dienstleistung zugeschrieben werden können. (DONABEDIAN 1978, S. 857).*

Die Aussage, dass Elemente der Prozesse als Indikatoren der Qualität benutzt werden können, ist richtig, jedoch nur, wenn die Beziehungen zwischen den Elementen und den erwünschten Ergebnissen begründet werden können. Weiterhin ist richtig, dass bestimmte Ergebnisse als Indikatoren der Pflegequalität benutzt werden können, jedoch nur in dem Ausmaß, dass belegbare Beziehungen zwischen beiden existieren (vgl. ebd., S. 858).

Bevor die Pflegequalität beurteilt werden kann, muss sie genau und wirksam anhand von spezifischen Kriterien und Standards definiert werden. DONABEDIAN (1986) versteht unter einem Kriterium eine Komponente (oder einen Aspekt) der Struktur des Gesundheitssystems, des Pflegeprozesses oder der Pflegeergebnisse, die eine Bedeutung für die Pflegequalität hat. Einen Standard definiert Donabedian als „*a precise, quantitative specification of the state of a criterion that will constitute quality of a given degree*“ (ebd., S. 99). Dabei verwendet der Autor die Begriffe in seinen Ausführungen synonym.

Um die Pflegequalität einzeln zu beurteilen, beziehen sich die Kriterien und Standards auf die Struktur, den Prozess und die Ergebnisse. Dabei beschreiben Strukturkriterien physiologische, organisationale und andere Merkmale des Systems, um die Pflege und ihre Umwelt zu sichern. Prozesskriterien umfassen die Tätigkeiten zur Pflege der Patienten. Die Ergebniskriterien stellen neben der zu erreichenden Verbesserung der Gesundheit auch eine Erweiterung des Wissens und des Verhaltens zur Gesundheitsvorsorge dar (vgl. DONABEDIAN 1986, S. 99f.).

#### 2.1.3.4 Standards

Die Bewertung der Qualität der erbrachten pflegerischen und medizinischen Leistungen am Bewohner und Patienten erfolgt durch die Festlegung von Pflegestandards. Der Begriff Pflegestandard wird in der pflegewissenschaftlichen Literatur verschieden definiert. Nachfolgend sollen zur Verdeutlichung exemplarisch einige Auslegungen vorgestellt werden.

Die WHO (World Health Organisation) definierte den Standard als ein an Kriterien ausgerichtetes Leistungsniveau, welches die Zielvorgaben für die tatsächlich zu erbringende Leistung angibt (vgl. WHO 1988 in MARHOLD/HAPPE 1999, S. 14). Für den Pflegebereich lässt sich daraus ableiten, dass ein Standard neben den Kriterien (Richtlinien) für die Pflegehandlungen auch den Grad zur Erfüllung, d. h. das zu erreichende Qualitätsniveau und die Ergebnisse der Pflegehandlungen enthalten sollte. Dabei geben Kriterien messbare und inhaltliche Umschreibungen an, auf deren Grundlage entschieden wird, ob der Standard erfüllt wurde (vgl. GIEBING 1996, S. 16).

In anderen Auslegungen stellen Pflegestandards schriftliche Tätigkeitsbeschreibungen der zu erbringenden pflegerischen Leistungen dar und dienen somit als Richtlinien und Anweisungen pflegerischer Handlungen (vgl. KORECIC 1996, S. 3).

In der Begriffsbestimmung von WEH/SIEBER (1995, S. 48) wird die Dimension der Qualitätssicherung hervorgehoben: „*Qualitätsstandards sind Richtlinien, die pflegerische Tätigkeiten beschreiben. Sie dienen dazu, eine bestimmte Qualität in der Pflege zu sichern, die anhand dieser Standards nachgeprüft werden kann.*“

Einen medizinischen Schwerpunkt setzt die Definition von NIEMÖLLER (1997): Sie charakterisiert die Pflegestandards als offenen und generellen Leitfaden zur Festlegung der pflegerischen Maßnahmen und der erforderlichen Krankenbeobachtung, mit dem Ziel der Gewährleistung eines übereinstimmenden pflegerischen Qualitäts- und Leistungsniveaus (vgl. ebd., S. VI). In diesem Kontext wird dem Pflegepersonal mit dem offenen Pflegestandard eine die Kreativität und die Verantwortung fördernde Funktion zur Anwendung und Durchführung (in) der Pflege übertragen.

Pflegestandards können in die Qualitätsdimensionen von DONABEDIAN (1966) differenziert werden. Im Zusammenhang mit dem Qualitätsmanagement fungieren sie dabei, entsprechend der im Qualitätshandbuch beschriebenen Verfahrens- und Arbeitsanweisungen, nach der ISO Norm:

- ~ Strukturstandards beschreiben die Rahmenbedingungen, wie z. B. Aufbau- und Ablauforganisation, Qualifikation des Personals, personelle Ausstattung, Materialien, räumliche und zeitliche Erfordernisse.
- ~ Prozessstandards beschreiben Art und Umfang der pflegerischen Handlungen und legen das Qualitätsniveau fest: z. B. Problemstellung, Ziele, Maßnahmen.
- ~ Prozessstandards können in Ablaufstandards und Durchführungsstandards (bzw. Handbuchstandards) unterteilt werden.
- ~ Ergebnisstandards beschreiben das zu erreichende Pflegeergebnis, die Pflegeziele (vgl. STÖSSER 1994, S. 2).

### **2.1.3.5 Pflegestandards als Instrumente zur Sicherung der Pflegequalität**

Aufgrund vereinheitlichter, nachvollziehbarer und pflegewissenschaftlich überprüfbarer Regeln legen Pflegestandards den Handlungsrahmen für die Leistungserbringung in der Pflege fest (vgl. VITT 2002, S. 28). Dabei erhält der Bewohner eine kontinuierlich homogene Pflege, die an seinen Bedürfnissen orientiert ist. Dies bildet den Ausgangspunkt einer weiteren zentralen Funktion für das Qualitätsmanagement: Pflegestandards unterstützen als Instrument der Qualitätssicherung die Überprüfung der Pflegequalität der durchgeführten Maßnahmen am Heimbewohner und Patienten.

Gesetzliche Vorgaben zur Pflege und Betreuung von Heimbewohnern und pflegebedürftigen Menschen in einer Pflegeeinrichtung bestimmen, dass Pflegeleistungsempfänger neben der Einbeziehung in die Pflegehandlungen auch in das Qualitätsmanagement und die Qualitätsentwicklung einzubeziehen sind. Dies geschieht dadurch, dass die Bedürfnisse, Wünsche und Individualität des Bewohners in der täglichen Pflege und Betreuung berücksichtigt werden. Diese Bewohnerorientierung muss dafür bereits in der Entwicklung der Pflegestandards, die ein zentrales Kriterium zur Einführung eines Qualitätsmanagements und zur Sicherung der Pflegequalität darstellen, beachtet werden. Das bedeutet, die Entwicklung von Pflegestandards wird an der Fachpraxis, an den Bedürfnissen des Bewohners und an den strukturellen und organisatorischen Gegebenheiten der Einrichtung ausgerichtet. Vor diesem Hintergrund stellen sie ein Instrument zur Bewertung und Überprüfung der zu erreichenden Qualität der pflegerischen Handlungen und Dienstleistungen in der Pflegeeinrichtung dar.



## 2.2 Gesetzliche Grundlagen und Anforderungen an das Qualitätsmanagement in Pflegeeinrichtungen

*„Qualitätsmanagement setzt voraus, dass die Qualität von Leistungen zuerst definiert wird und zwar durch Standards. Dies wiederum bedeutet, dass die Pflege gefordert ist, eine klare Beschreibung ihres gesellschaftlichen Auftrags und ihres Handlungs- bzw. Kompetenzbereiches zu erstellen. Liegt die Verantwortung der professionellen Regulation und somit das Festlegen und Überprüfen von Qualitätsstandards bei der Pflege, hat der Pflegeberuf die Chance, sich durch Klärung und Festlegung der Weite, Breite und der Qualität ihrer Dienstleistungen selbst neu zu definieren.“ (KATZ/GREEN 1996, S. Vf.).*

Der Gesetzgeber regelt die Anforderungen an Qualitätsmaßstäbe und Grundsätze für Pflegeeinrichtungen in einem bundesweiten gesetzlichen Auftrag, durch den § 80 SGB XI und das Heimgesetz vom 5.11.2001. Danach müssen sich zugelassene Pflegeeinrichtungen an den Qualitätssicherungsmaßnahmen beteiligen und deren Umsetzung und ihre Ergebnisse dokumentieren. Mindestanforderungen stellen die Qualitätsdimensionen Struktur- Prozess- und Ergebnisqualität nach DONABEDIAN dar, die von teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen nachzuweisen sind (vgl. WEIGERT 2004, S. 81).

In einem neuen Pflege-Qualitätssicherungsgesetz (PQsG) wurde die Sicherung, Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der Pflegequalität auf der Basis der Änderung des Heimgesetzes (HeimG vom 5.11.2001) beschlossen. Dieses Gesetz sieht vor, dass in den Jahren 2003/2004 vor Entgeltverhandlungen und Vergütungsvereinbarungen mit den Kostenträgern eine Leistungs- und Qualitätsvereinbarung (LQV) auf der Basis einer Pflege-Prüfverordnung (PPVO) nach den §§ 113, 118 SGB XI getroffen werden muss (vgl. WEIGERT 2004, S. 87). Die PPVO wurde jedoch im September 2002 durch den Bundesrat abgelehnt. Auf Grundlage des Diskussionsstands von Februar 2003 sollten Pflegesatzverhandlungen ab Januar 2005 entweder an die Vorlage eines MDK-Prüfberichts oder an einen Qualitätsnachweis durch eine Zertifizierungsstelle (auf eigene Kosten) gekoppelt werden (vgl. WEIGERT 2004, S. 89). Zum heutigen Zeitpunkt sind noch keine neuen gesetzlichen Bestimmungen in Kraft getreten<sup>12</sup>. Die gesetzlichen Anforderungen verdeutlichen, dass die Einrichtungen in der Pflicht stehen, ihre Pflege nach pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen zu praktizieren, den individuellen Ansprüchen der Bewohner gerecht zu werden und somit zur Zufriedenheit der Bewohner beizutragen. Überdies fordern Vertreter der Krankenkassen, Kostenträger sowie Ärztekammern verstärkt die Implementierung eines Qualitätsmanagements, das der Sicherung der Pflegequalität und dem steigenden Wettbewerb gerecht wird.

Um den heutigen Ansprüchen und Bedürfnissen der Patienten und Bewohner zu entsprechen, besteht die Notwendigkeit, die Leistungserbringung in der Pflege am allgemeinen Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse zu orientieren. Somit stellt Qualität einen wichtigen Aspekt in der Leistungserbringung der Pflege dar. Neben der Kundenori-

---

<sup>12</sup> Das Ministerium für Gesundheit und soziale Sicherung bevorzugt Qualitätsnachweise von Heim- und Pflegedienstbetreibern nach einer europäischen Norm in Richtung DIN EN ISO-Zertifizierung aber auch nach einem ähnlichen europäischen Qualitätsmodell.

entierung und Erhöhung der Zufriedenheit der Bewohner ist die Mitarbeiterzufriedenheit ein erklärtes Ziel des Qualitätsmanagements in Altenpflegeeinrichtungen (vgl. SCHMITZ/HOFMANN 2000, S. 22). Der Mitarbeiter ist die Exekutive und der Fokus des Qualitätsmanagements, unter dessen Mitgestaltung und Mitwirkung eine Altenpflegeeinrichtung erfolgreich hinsichtlich ihrer Qualitätsziele und ihrer Qualitätsverbesserungsprozesse geführt wird. Ferner wird eine Weiterentwicklung der Einrichtung im Sinne von Lernenden Organisationen forciert.

Dieses Kapitel sollte eine Übersicht und damit Einblicke über die Notwendigkeit der Qualitätsentwicklung und ihrer besonderen Aufgaben im Pflegebereich geben. Die begrifflichen Erläuterungen zum Verständnis der Pflegequalität, ihren Dimensionen und ihrer Bedeutsamkeit, insbesondere ihrer Beurteilung und Evaluation für die Pflege und Betreuung der Bewohner in Einrichtungen der Altenpflege, wurden dabei herausgestellt. Resümierend wird festgestellt, dass die Anforderungen, die sich in diesem Zusammenhang für die Mitarbeiter in Pflegeeinrichtungen im Rahmen der Qualitätsentwicklung der Pflegequalität ergeben, nicht ersichtlich werden. Es ist jedoch anzunehmen, dass die Mitarbeiter mit neuen Aufgaben zur Veränderung von Strukturen und organisatorischen Abläufen konfrontiert werden. Insbesondere die Beurteilung und Überprüfung der Ergebnisse, die durch die Veränderungen zu erwarten sind, stellen wichtige Bestandteile der täglichen Arbeit im Sinne einer Qualitätsentwicklung dar. Dass die Mitarbeiter dabei lernen und sich individuelle Kompetenzen entwickeln, kann nicht zuletzt aus den Angaben DONABEDIANS (1986, S. 99f.) geschlossen werden. Nach seinen Aussagen kann angenommen werden, dass sich Lernprozesse beispielsweise bei der Beurteilung der Pflegequalität durch die Definition und Festlegung der Pflegestandards ereignen. Sie führen bei den Pflegekräften z. B. zur Veränderung von Verhaltensweisen und von Wissen zur Durchführung der Pflege, Betreuung und Prävention.

Für die Untersuchung der Kompetenzentwicklung von Pflegekräften während der Qualitätsentwicklung in Altenpflegeeinrichtungen liefern diese Ausführungen den Beweggrund, einerseits die Lernanforderungen zu ergründen, die im Sinne einer individuellen Kompetenzentwicklung an die Mitarbeiter gestellt werden, und andererseits auch ihre Bedeutung für die Qualitätsentwicklung der Pflege aufzuzeigen. An dieser Stelle wird bereits deutlich, dass für die Ermittlung der Kompetenzen der Pflegekräfte auf der einen Seite die Begleitung eines Qualitätsentwicklungsprozesses in der Altenpflege interessant erscheint und auf der anderen Seite eine vergleichende Untersuchung zu den Kompetenzen erforderlich wird. Das bedeutet, dass eine Bestandsaufnahme der Kompetenzen von Pflegekräften zu Beginn der Qualitätsentwicklung durchgeführt wird, deren Ergebnisse mit einer Untersuchung zur Entwicklung der Kompetenzen im späteren Verlauf der Qualitätsentwicklung verglichen werden.

## 3 Charakteristik und Einführung eines Qualitätsmanagements im Gesundheits- und Pflegebereich

Aufgrund der Vielfalt spezieller QM-Modelle und -Ansätze können nicht alle QM-Systeme aufgeführt werden. Im folgenden Kapitel werden exemplarisch charakteristische QM-Modelle im Gesundheits- und Pflegebereich umrissen. Im Anschluss daran erfolgt eine ausführlichere Betrachtung der klassischen QM-Modelle und -Ansätze DIN EN ISO, EFQM und TQM und ihrer Anwendung, bezogen auf den Pflegebereich.

### 3.1 Qualitätsmanagement für Krankenhäuser

#### 3.1.1 Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ)

Das Modell KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen) wurde speziell für Krankenhäuser von der Deutschen Krankenhausgesellschaft, dem Deutschen Pflegerat, der Bundesärztekammer, dem Verband der Angestellten Krankenkassen und Vertretern von Krankenhäusern konzipiert. Seit 2002 kann es zur Bewertung und Zertifizierung eines Qualitätsmanagements im Krankenhaus eingesetzt werden.

Die KTQ-Zertifizierung setzt sich einerseits die Transparenz medizinischer Leistungen für die Patienten und andererseits die Verbesserung und Optimierung von Prozessen und Ergebnissen innerhalb der Patientenversorgung zum Ziel (vgl. [http://www.ktq.de/ktq\\_verfahren](http://www.ktq.de/ktq_verfahren)). Anhand des KTQ-Bewertungskatalogs wird die Qualität der medizinischen Versorgungsprozesse beurteilt. Der KTQ-Katalog enthält Fragen zu folgenden Bereichen:

- ~ Patientenorientierung,
- ~ Mitarbeiterorientierung,
- ~ Sicherheit im Krankenhaus,
- ~ Informationswesen,
- ~ Krankenhausführung und
- ~ Qualitätsmanagement.

Mittels des Bewertungskatalogs kann sich das Krankenhaus einer Selbst- oder Fremdbewertung unterziehen und sich zertifizieren lassen (vgl. RAIDL 2001, S. 85).

Dieses Modell enthält Analogien zu den Elementen und Kriterien des Qualitätsmanagements nach DIN EN ISO und EFQM. Es verbindet die Selbstbewertung nach EFQM mit der Fremdbewertung, vergleichbar mit der DIN EN ISO-Zertifizierung (vgl. RAIDL 2001, S. 87). Seit 2005 sind Krankenhäuser verpflichtet, ein Qualitätsmanagement gemäß § 137 SGB V nachzuweisen. Das KTQ-Modell stellt hierbei ein freiwilliges Verfahren dar, das

auf krankenhauspezifische Prozesse abgestimmt wurde. Allerdings wird dieses Modell auch kritisiert: Es wird angeführt, dass die Krankenkassen ein gewisses Interesse an der Zertifizierung verfolgen, um die Krankenhäuser zu klassifizieren und so Ansätze und Begründungen für die Schließung unrentabler oder unausgelasteter Kliniken zu rechtfertigen (vgl. RAIDL 2001, S. 88).

### **3.1.2 Zentrale und dezentrale Ansätze der Qualitätsentwicklung im Pflegebereich**

Im Rahmen eines geförderten Projektes zur Qualitätsentwicklung in der Pflege wurden die zentrale und dezentrale Methode zur Qualitätsverbesserung speziell für den stationären Pflegebereich im Krankenhaus entwickelt. DAHLGAARD/SCHIEMANN (1996) verdeutlichen anhand dieser Methoden die Entwicklung und Einbindung von Pflegestandards in den Stationsablauf. Demnach werden bei der zentralen Methode, nach dem top-down-Ansatz, von der Leitungsebene bzw. von Expertengremien Kriterien und Standards vorgegeben, die in der Praxis im Pflegebereich umgesetzt werden sollen. Dieser Ansatz verfolgt eine externe, von Expertengruppen gesteuerte Qualitätssicherung durch eine systematische Implementierung der entwickelten Standards und Kriterien. Hierbei wird insbesondere die fehlende Motivation der Mitarbeiter zur Umsetzung vorgeschriebener Standards kritisiert (vgl. ausführlich DAHLGAARD/SCHIEMANN 1996).

Die dezentrale Methode, nach dem bottom-up-Ansatz, verfolgt die Einbindung der Mitarbeiter in Qualitätszirkel im stationären Bereich zur selbständigen Entwicklung und Erarbeitung von Standards und Kriterien sowie Messverfahren zur Beurteilung der Pflegequalität. Hierin liegt auch der Vorteil dieser internen QM-Methode. Beanstandet werden dagegen, insbesondere zu hohe Kosten für Schulungen und die erforderliche Motivation der Mitarbeiter sowie der lange Prozess bis zur Ergebnisanzeige (vgl. ausführlich ebd.).

### **3.1.3 Das Marker-Umbrella-Modell (MUM)**

Ein weiterer dezentraler Ansatz der Qualitätsentwicklung im Pflegebereich stellt das Marker-Umbrella-Modell (MUM) dar. SMITH MARKER (1987) entwickelte anhand einzelner Qualitätsprojekte einen Systemansatz auf Basis folgender Qualitätselemente (vgl. ebd., S. 52ff.):

- ~ Entwicklung von Standards,
- ~ Validierung,
- ~ fortlaufende Schulungen,
- ~ Leistungsbewertung,
- ~ Audits,
- ~ Wirkungsüberprüfung,
- ~ aktive Problemidentifikation und andauernde Überwachung,
- ~ Nutzenbewertung und
- ~ Risikomanagement.

Diese Elemente werden mittels Qualitätswerkzeugen für die Planung von einzelnen Projekten im Bereich der Pflegequalitätsentwicklung umgesetzt.

## **3.2 Qualitätsmanagement für Einrichtungen der Altenhilfe**

Weitere QM-Modelle, speziell für stationäre und ambulante Einrichtungen der Altenhilfe, verfolgen im Allgemeinen die Prinzipien einer internen Qualitätssicherung im Rahmen von Selbstbewertungen oder kombiniert mit Fremdbewertungssystemen. Um einen Einblick in deren Aufbau und Anwendung zu geben, werden exemplarisch zwei Modelle vorgestellt. Diese folgenden QM-Modelle stellen Instrumente zur Erfassung des Ist-Zustands als Ausgangspunkt für eine Beurteilung der Pflegequalität dar, die im Zusammenhang mit einem klassischen Qualitätsmanagement, wie der DIN EN ISO, der EFQM oder des TQM, eingesetzt werden.

### **3.2.1 Selbstbewertungssystem für stationäre Altenhilfeeinrichtungen (SEA)**

Dieses Qualitätsmanagement stellt ein Selbstbewertungssystem dar, aufbauend auf dem Selbstbewertungssystem der EFQM, dass an die Bewertung der erbrachten pflegerischen Leistungen angepasst ist. Durch die Selbstbewertung wird eine kontinuierliche Verbesserung der Pflegeleistungsqualität angestrebt. Es basiert auf drei Aspekten, den kulturellen und ethischen Grundwerten des Menschen, den 12 Elementen des Selbstbewertungssystems und auf festgelegten Qualitätsstandards (vgl. BERGER 2001). Anhand von Fragen zu den im Folgenden aufgelisteten Elementen wird der Erfüllungsgrad der vorgegebenen Standards (in der Angabe von Punkten) überprüft:

- ~ Politik und Strategie,
- ~ Personalführung,
- ~ Prozesse,
- ~ Bewertung und Planung,
- ~ bauliche Standards,
- ~ Pflegepraxis,
- ~ Informationspolitik,
- ~ Therapieangebote,
- ~ Unterstützung individueller Bedürfnisse,
- ~ hauswirtschaftliche Leistungen,
- ~ Mitarbeiterzufriedenheit und
- ~ Bewohnerzufriedenheit (vgl. ROTH 2002, S. 21).

Dieses Qualitätsmanagement ist, wie das nachfolgend dargestellte SIESTA-Modell, auf eine hohe Zufriedenheit der Bewohner und Mitarbeiter sowie der externen Partner, wie z. B. Angehörige oder Ärzte ausgerichtet.

### 3.2.2 Standardisiertes Instrumentarium zur Evaluation von Einrichtungen der stationären Altenhilfe (SIESTA)

Ziel dieses Qualitätsmanagements ist die Verbesserung der Qualität im Sinne einer Weiterentwicklung und Optimierung der Qualität. Dabei wird zunächst der Ist-Zustand der Einrichtung mit Blick auf ihre Stärken und Schwächen analysiert und einem als optimal angenommenen Soll-Zustand gegenübergestellt. Grundlage der Selbstbewertung bildet ein Erhebungsbogen, der anhand von vier Modulen die Pflegequalität ermittelt. Dabei werden die Aspekte Bau und Technik (Modul A), Organisation und Konzeption (Modul B), Mitarbeiter in der Pflege (Modul C) sowie Bewohner und Angehörige (Modul D) durch Fragen beurteilt (vgl. ROTH 2002, S. 22).

Nach ROTH (2002) ist eine objektive Bewertung der Ergebnisqualität nur eingeschränkt möglich, da die Strukturqualität mit zwei Modulen (A und B) übermäßig stark bewertet wird (vgl. ebd., S. 22f.). Der Autor bewertet jedoch die Einbeziehung der Angehörigen in die Beurteilung der Qualität der Pflege und erbrachten Leistungen als positiv, im Gegensatz zum Modell SEA (vgl. ebd., S. 22f.).

Nach kritischer Betrachtung der Aussagen ROTHs (2002) muss festgestellt werden, dass insbesondere dem Modul B eine erhöhte Aufmerksamkeit zukommen sollte, da hier die Organisation und Konzeption der pflegerischen Abläufe enthalten ist, die den Ansatz für die Qualitätsentwicklung des Pflegeprozesses und der Pflegeergebnisse darstellen.

Unter Einbezug der Aussagen DONABEDIANS (vgl. Kap. 2.1.3.3), ist die Analyse der Beziehungen zwischen Struktur und Prozess sowie zwischen Prozess und Ergebnis unter Beachtung der organisatorischen Gegebenheiten erforderlich: Einerseits um die Beziehungen zu den Pflegeergebnissen zu untersuchen und zu begründen und andererseits, um dann auf Grundlage dieser ermittelten Wirksamkeiten, die Strukturen, Prozesse und Ergebnisse als Indikatoren für die Bewertung der Pflegequalität heranziehen zu können.

Ähnlich wie das Qualitätsmanagement DIN EN ISO, KTQ sowie die beschriebenen zentralen und dezentralen Ansätze zur Qualitätsentwicklung sind SEA und SIESTA auf die Prozess- und Strukturqualität ausgerichtet. Die Ergebnisdimension wird in den Ausführungen vernachlässigt. STEMMER (2003) macht in ihren Ausführungen deutlich, dass neben der Mitarbeiter- und Bewohnerzufriedenheit als Ergebnisqualität nicht nur Veränderungen im Gesundheitszustand und der Zufriedenheit der Bewohner einzubeziehen sind, sondern auch neutrale Ergebnisse im Sinne nicht verschlechterter Zustände des Bewohners. Weiterhin sollten ebenfalls die Aspekte der Kausalität von pflegerischen Interventionen und deren Effekte sowie die Messung der Ergebnisqualität hinsichtlich der Bewertung klinischer, subjektiver und wirtschaftlicher Gesichtspunkte in die Analyse der Ergebnisqualität integriert werden (vgl. STEMMER 2003, S. 5ff.).

### 3.3 Das QM-Modell DIN EN ISO 9000:2000ff.

Die DIN EN ISO (Reihe 9000) definiert die Mindestanforderungen an ein QM-System durch die Dokumentation aller Abläufe und Prozesse in einer Organisation. Die Normenreihe der DIN EN ISO 9000 umfasst folgende Normen und Inhalte (vgl. RAIDL 2001, S. 57):

- ~ ISO 9000:2000: Qualitätsmanagementsysteme, Grundlagen und Begriffe, allgemeine Hinweise zur Einführung eines Qualitätsmanagement, Hilfe bei der Auswahl und Anwendung der ISO 9000er Reihe,
- ~ ISO 9001:2000: Qualitätsmanagementsysteme – Forderungen, Anforderungen an die Prozessgestaltung, Entwicklung, Verantwortung, Mittellenkung, Kundenorientierung,
- ~ ISO 9004:2000: Leitfaden zur Leistungsverbesserung, Weiterführung der ISO 9001, anwendbar in Kombination mit der ISO 9001 oder einzeln,
- ~ ISO 10011: Auditdurchführung, Qualifikationskriterien für Auditoren, Auditprogramme.

Anhand einer logischen und kongruenten Planung und Transparenz der Produktionsabläufe soll eine exzellente Qualität erreicht werden. Die DIN EN ISO liefert die Grundlage für die Einführung eines Qualitätsmanagements anhand der vorgeschriebenen Normbereiche. Zur Bestätigung der Einführung kann das Qualitätsmanagement von einer autorisierten Prüfstelle (z. B. TÜV) zertifiziert werden (vgl. RAIDL 2001, S. 55). Die überarbeitete DIN EN ISO Norm 9000:2000 ist branchenunspezifisch anwendbar und wurde so modifiziert, dass die 20 Norm-Elemente nun acht Normbereichen zugeordnet wurden. Für Krankenhäuser, als Dienstleistungsunternehmen im Gesundheits- und Pflegesektor, wurde die ISO-Norm folgendermaßen interpretiert und „übersetzt“ (vgl. RAIDL 2001, S. 59ff.):

- ~ Bereich 0 = Einleitung
- ~ Bereich 1 = Anwendungsbereich
- ~ Bereich 2 = Verweis auf andere Normen
- ~ Bereich 3 = Begriffsdefinitionen
- ~ Bereich 4 = Allgemeine Forderungen im Qualitätsmanagement
- ~ Bereich 5 = Verantwortung der Leitung
- ~ Bereich 6 = Management der Mittel
- ~ Bereich 7 = Management der Abläufe
- ~ Bereich 8 = Messung, Analyse, Verbesserung.

Bevor ein Qualitätsmanagement nach DIN EN ISO in Pflegeeinrichtungen eingeführt wird, ist eine genaue Definition und Abgrenzung der Begriffe Bewohner/Patient, Einrichtung und Dienstleistungsprodukt/Versorgung/Betreuung/Pflege notwendig, da diese Begriffe vom industriellen Produktions- und Dienstleistungssektor abweichen. Die DIN EN ISO-Norm 9001:2000 legt weiterhin die Entwicklung und Anfertigung eines QM-Handbuchs nach den Vorgaben und entsprechenden Inhalten der genannten acht Bereiche fest. Im Handbuch sind weiterhin Arbeits- und Dienststanweisungen, Standards, Leitlinien und Checklisten enthalten, die den Mitarbeiter einerseits Transparenz und Vergleiche der

Leistungserbringung ermöglichen und andererseits auch die Einarbeitung neuer Mitarbeiter unterstützen (vgl. RAIDL 2001, S. 65).

### **3.3.1 Einführungsprozesse für ein Qualitätsmanagement nach DIN EN ISO**

In den nachfolgenden Ausführungen werden die Einführungsphasen eines Qualitätsmanagements nach der DIN EN ISO in Anlehnung an drei einschlägige Autoren vorgestellt und anschließend kritisch hinterfragt.

Nach WEIGERT (2004) ist die Leitung bzw. die Geschäftsführung einer Pflegeeinrichtung für die Umsetzung und Verteilung von Aufgaben im Rahmen des QM-Systems verantwortlich. Sie gibt strategische und unternehmenspolitische Ziele und Zielvereinbarungen vor und analysiert Ressourcen für den Aufbau eines Qualitätsmanagements in Zusammenarbeit mit den Führungskräften der Abteilungen (vgl. ebd., S. 114). Der Autor beschreibt die Einführung eines Qualitätsmanagements in der ambulanten, teil- und vollstationären Pflege in den nachstehenden fünf Phasen (vgl. ebd., S. 229-231).

#### **Analysephase**

In dieser Phase der Vorplanung finden Überlegungen der Leitung zur Organisation und Information des Qualitätsmanagements statt. Die Zuständigkeiten, wie ein QM-Beauftragter, evtl. ein externer Trainer und Personen für die interne Qualitätssicherung, werden festgelegt. Weiterhin erfolgt die Definition von Informations- und Kommunikationsabläufen, die Bildung von Projekt- bzw. Steuerungsgruppen und von Qualitätsstabstellen und Qualitätszirkeln. Mit Blick auf die Akzeptanz und Einbeziehung aller Mitarbeiter der Einrichtung finden erste Informationsveranstaltungen statt. Ein Projekt- und Maßnahmenplan wird gemeinsam erarbeitet und dient als Grundlage für die Umsetzung des Qualitätsmanagements. Dieser enthält eine systematische Struktur der einzelnen Projektphasen, Tätigkeiten, Aufgaben, Verantwortlichkeiten, Mitarbeiter, Ziele, Zeiträume und Termine und kann in folgende fünf Schritte unterteilt werden (vgl. WEIGERT 2004, S. 119-126)<sup>13</sup>:

- ~ Schritt 1: Ist-Analyse
- ~ Schritt 2: Prozessgestaltung I
- ~ Schritt 3: Prozessgestaltung II
- ~ Schritt 4: Implementierung und Sicherstellung
- ~ Schritt 5: Bestätigung des Qualitätsmanagementsystems.

#### **Phase der Ermittlung von Anforderungen**

In dieser Phase werden die einrichtungsspezifischen, gesetzlichen und normativen Anforderungen ermittelt. Es finden Prozessermittlungen und -strukturierungen einschließlich der Ressourcenermittlung statt. Die Mitarbeiter werden über das zu implementierende Qualitätsmanagement nach DIN EN ISO 9001 informiert, motiviert und geschult. Qualitätszirkel werden eingerichtet und die Moderatoren qualifiziert.

---

<sup>13</sup> Dieser Projekt-/Maßnahmenplan enthält die Prozessgestaltung einzelner Projekte im Sinne des Prozessmodells der DIN EN ISO (vgl. auch Kapitel 3.6.1).



**Phase der Prozessgestaltung**

Die Prozessgestaltung umfasst die Einführung des Qualitätsmanagements nach der ISO 9001:2000 in der Einrichtung. Dazu gehören der Aufbau und die Gliederung des Handbuchs sowie die Festlegung der Dokumente des Handbuchs. Weiterhin werden Arbeitsprozesse erarbeitet, strukturiert und Verantwortliche ernannt. Auf Grundlage des Projektstruktur- und Maßnahmenplans werden einzelne Prozesse terminiert und umgesetzt, z. B. das Überarbeiten von Dokumenten, Verfahrensanweisungen, Ablaufplänen, Konzepten, Standards und das Erstellen neuer Dokumente. Dies erfolgt in spezifischen Qualitätszirkeln.

**Implementierungsphase**

In dieser Phase werden bestimmte Bereiche des Qualitätsmanagements auf die Mitarbeiter übertragen. Dies erfordert ebenfalls eine systematische Schulung der Mitarbeiter. Durch die Beteiligung erfolgt eine Identifizierung mit den Aufgaben des Qualitätsmanagements und eine motivierte und engagierte Arbeitsweise. Weiterhin werden die strukturierten und festgelegten Prozesse in die Arbeitsabläufe integriert. Es erfolgen ein Vergleich der beschriebenen Prozesse im Handbuch mit den Ist-Abläufen und eine Überprüfung durch interne Audits. Außerdem findet eine Reorganisation gemäß den Qualitätsanforderungen statt. Die Auswirkungen des Qualitätsmanagements werden erkennbar und rechtfertigen den Arbeitsaufwand gegenüber den Mitarbeitern.

**Phase der Verbesserung und Zertifizierung**

Neben kontinuierlich durchgeführten Qualitätszirkeln und der Evaluation der Prozesse und Maßnahmen des Qualitätsmanagements finden ständige Verbesserungen statt. Verbesserungsprojekte werden initiiert und überprüft. Das kann anhand interner Prüfungen (beispielsweise der Selbstbewertung nach EFQM) und externer Audits erfolgen. Auf dieser Grundlage kann das Qualitätsmanagement im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses zu einem TQM entwickelt werden. In dieser Phase kann die Zertifizierung vorbereitet und das Zertifizierungsverfahren (Antrag und Auswahl einer akkreditierten Zertifizierungsstelle mit der anschließenden Durchführung der Zertifizierungsaudits) veranlasst werden.

Nach WITTIG (1994) erfordert Qualitätsmanagement ein spezifisch ausgerichtetes System, das die ISO Normenreihe 9000 zur Basis haben soll (vgl. ebd., Vorwort). Der Autor stellt die Einführung eines Qualitätsmanagements in sechs Schritten vor (vgl. WITTIG 1994, S. 28ff.).

**Informationsphase: Information durch Geschäftsleitung und Führungskräfte**

Die Verantwortung für die Verteilung der Aufgaben an die Mitarbeiter trägt das Management. Das mittlere Management besitzt eine Schlüsselfunktion als Mittler zwischen Leitung und Mitarbeitern. Die Mitarbeiter müssen im Hinblick auf die bevorstehenden Aufgaben geschult und motiviert werden. Informationen zum Qualitätsmanagement werden durch Veranstaltungen weitergegeben. Ein Qualitätsmanagement-Beauftragter (als Verantwortlicher der Geschäftsleitung) sowie eine Steuerungsgruppe (Qualitätslenkungsausschuss), bestehend aus Personalleiter und Qualitätsbeauftragter, werden festgelegt. Sie leiten den Qualitätsverbesserungsprozess an. Weiterhin werden ein Projektleiter (Verantwortlicher der Leitung) und ein Controller bestimmt.

**Definitionsphase: Festlegung der Anforderungen an das Qualitätsmanagement**

Sinnvoll und hilfreich ist das Hinzuziehen eines externen Beraters, der das Unternehmen auf die Einführung des Qualitätsmanagements und den Qualitätsverbesserungsprozess hinführt. Der Qualitätsbeauftragte und die Leitung definieren Qualitätsziele und die Kosten, erstellen einen Zeit- und Kostenplan und bearbeiten das Qualitätsmanagementhandbuch.

**Bestandsaufnahme: Schwachstellenanalyse**

Diese Bestandsaufnahme kann von externen und internen Stellen anhand interner und externer Audits durchgeführt werden. Ihre Ergebnisse werden vor der Steuerungsgruppe präsentiert.

**Konzepterstellung**

Auf Grundlage der Bestandsaufnahme erfolgt die Konzepterstellung der Maßnahmen, Zeiten, Kosten und Ernennung der Bereichsleiter und Teamleiter. Nach der Einführung des Qualitätsmanagements arbeiten die Teams an den Qualitätsverbesserungen. Das Konzept wird der Steuerungsgruppe vorgelegt und von dieser genehmigt.

**Durchführung: Erstellung und Einführung des Qualitätsmanagementhandbuchs und der Verfahrens- und Arbeitsanweisungen**

Zunächst werden die Mitarbeiter und Teams in bestimmten Arbeitsformen (z. B. Teamarbeit) und zu den Inhalten des Qualitätsmanagements geschult. Die Projektverwirklichung erfolgt anhand des Konzeptes aus der vorangegangenen Phase. Das Handbuch wird mit Ablaufdiagrammen und Anlagen vervollständigt und durch die Leitung freigegeben. Anschließend erfolgt die Einführung und Bekanntgabe des Handbuchs und der Qualitätspolitik in allen Abteilungen und Arbeitsbereichen. An diesem Punkt ist die Einführung abgeschlossen. Ab diesem Zeitpunkt finden Mitarbeiterschulungen und Qualitätsaudits (zur Erstellung und Einführung von Verfahrensanweisungen und Arbeitsanweisungen in den Abteilungen) statt. Der Steuerungskreis verfolgt den Qualitätsverbesserungsprozess. Nach Abschluss der Einführung und Erstellung der Unterlagen kann das Systemaudit des gesamten Unternehmens durchgeführt werden.

**Zertifizierung: Überprüfung des Qualitätsmanagements durch eine Zertifizierungsgesellschaft**

Das Unternehmen sollte sich im Vorhinein entscheiden, ob es sich zertifizieren möchte. Dabei wird das eingeführte Qualitätsmanagement bestätigt und ein Zertifikat für 3 Jahre erteilt. Bekannte Zertifizierungs-Institutionen sind z. B. die DQS (Deutsche Gesellschaft zur Zertifizierung von Qualitätssicherungssystemen mbH, Frankfurt) und der TÜV (Technischer Überwachungsverein).

VIETHEN (1995, S. 92-101) legt vier Phasen für die Einführung bis zur Umsetzung des Qualitätsmanagements im Krankenhaus fest.

### **Vorphase**

Die Vorphase beginnt im Allgemeinen mit der Beauftragung eines internen oder externen Experten. Dieser entwickelt ein Konzept für ein QM-System. Weiterhin werden Kontakte zu medizinischen Gremien und Gesellschaften hergestellt, die bei der Konstruktion eines Konzeptes für die Implementierung eines klinischen Qualitätsmanagements hilfreiche Hinweise liefern können. Ein Qualitätsleiter und ein Mitarbeiter werden bestimmt, die die Ziele und Aspekte des angestrebten Qualitätsprozesses in Abhängigkeit vom Leitbild der Organisation und den Grundsätzen der Kundenorientierung erarbeiten.

### **Exploration**

Zunächst soll ein Systemaudit zur Ist-Analyse vorhandener Strukturen und Prozesse eingesetzt werden. Dafür wird ein Fragebogen zur Bewertung von Organisationsstrukturen, Behandlungsprozessen, Behandlungsergebnissen, Zeithorizont und Effektivitätsbeurteilungen konstruiert. Anschließend werden Interviews durchgeführt und die Ergebnisse anhand einer Gegenüberstellung von Ansätzen der Qualitätssicherung der Vorphase und der Daten aus den Interviews evaluiert.

### **Konzept und Definitionen (Schlussfolgerungen und Konsequenzen)**

Der Autor schlägt die Analyse der Ergebnisse der vorangegangenen Phase anhand gängiger klinischer Bewertungsverfahren vor (vgl. ausführlich ebd., S. 99f.). Sie bilden den Abschluss der Bewertung des Ist-Zustands qualitätssichernder Maßnahmen und dienen der Verbesserung bestehender und der Einführung neuer Strukturen. Mit der Bewertung und der Abschätzung der notwendigen Aufwendungen zur Qualitätssicherung ist die Grundlage für die Einführung des Qualitätsmanagements gelegt. Daraufhin werden ein Qualitätsbeauftragter und Qualitätscontroller bestimmt, eine Qualitäts-Steuergruppe festgelegt und der Betriebsrat informiert. Weiterhin werden die Qualitätspolitik und die Qualitätsziele definiert und im Qualitätshandbuch dokumentiert. Dabei werden Standards, Normen und Richtlinien für ärztliche und pflegerische Handlungen erarbeitet und dokumentiert. Auf Basis der Ist-Analyse erfolgt zunächst die Analyse von Schwachstellen, die evtl. in einer Konzeptrevision resultiert. Für die ausgearbeiteten Aufgabenbereiche wird ein Qualitäts-Bereichsleiter benannt. Nach erfolgreicher Einführung des Qualitätsmanagements erfolgt die Arbeit in den Teams und Qualitätszirkeln, mit dem Ziel einer Verbesserung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

### **Durchführung**

Zunächst werden Schulungen der Mitarbeiter und Teams des mittleren Managements in Qualitätssicherungsmaßnahmen durchgeführt und die fehlenden Kapitel des QM-Handbuchs erarbeitet. Weitere Dokumente, wie z. B. Leitlinien, Verfahrenspläne, Arbeitsunterlagen usw., werden erstellt und das Handbuch nach seiner Fertigstellung der Klinik-Leitung zur Überprüfung vorgelegt. Das Qualitätsmanagement und das Handbuch werden nun im Klinikum publik gemacht und verbreitet. Die Initiierung und Überprüfung einzelner Qualitätssicherungsmaßnahmen in den Abteilungen schließt sich an. Der Autor erwähnt eine abschließende 5. Zertifizierungsphase, jedoch ohne weitere Ausführungen zu machen.

In der folgenden Tabelle 3-1 werden die verschiedenen Einführungsphasen des Qualitätsmanagements der DIN EN ISO zusammengefasst dargestellt.

DIN EN ISO nach WEIGERT (2004)	DIN EN ISO nach WITTIG (1994)	DIN EN ISO nach VIETHEN (1995)
Analysephase	Informationsphase: Information durch Geschäftsleitung und Führungskräfte	Vorphase
Phase der Ermittlung von Anforderungen	Definitionsphase: Festlegung der Anforderungen an das Qualitätsmanagement	
	Bestandsaufnahme: Schwachstellenanalyse	Exploration
Phase der Prozessgestaltung	Konzepterstellung	Konzept und Definitionen (Schlussfolgerungen und Konsequenzen)
Implementierungsphase	Durchführung: Erstellung und Einführung des Qualitätsmanagementhandbuchs und der Verfahrens- und Arbeitsanweisungen	Durchführung
Phase der Verbesserung und Zertifizierung	Zertifizierung: Überprüfung des Qualitätsmanagement von einer Zertifizierungsgesellschaft	Zertifizierung

Tabelle 3-1: Einführungsphasen der DIN EN ISO

### 3.3.2 Kritische Einschätzung des Qualitätsmanagement nach DIN EN ISO 2000:9000ff.

Wird ein Qualitätsmanagement mit dem Ziel einer Zertifizierung eingeführt, sichert dieses Qualitätsmanagement Kunden und Konkurrenten eine überprüfte und an europäischen Standards gemessene Qualität der Strukturen, Prozesse, Dienstleistungen und Produkte (Ergebnisse) zu. Demzufolge kann ein funktionierendes Qualitätsmanagement als ein nicht zu vernachlässigender Faktor im Wettbewerb zwischen den Anbietern im Gesundheits- und Pflegesektor gesehen werden.

Weiterhin verschafft das Qualitätsmanagement Ansätze, um prozessorientierte Abläufe, Kundenorientierung und kontinuierliche Verbesserung hinsichtlich eines TQM zu erweitern (vgl. RAIDL 2001, S. 67). Allerdings liegt es an der Leitung bzw. dem Management, die Ziele, die mit dem Qualitätsmanagement verfolgt werden (wie z. B. eine Verbesserung der Versorgung, der Pflege und Betreuung, eine Zertifizierung oder Wettbewerbsvorteile), in der Organisation für alle Mitarbeiter transparent zugänglich zu machen. Oder soll es doch nur als ein „Mantel“ von der Leitung oder dem übergeordneten Verband in Auftrag gegeben worden sein, um sich nach Außen für die Kunden und die Konkurrenten zu präsentieren und sich gesundheitspolitische Vorteile zu verschaffen? Diese Frage gewinnt im Zusammenhang mit der Zertifizierung an Bedeutung. Dabei wird in der älteren Form der DIN EN ISO ein besonderes Augenmerk auf die Gestaltung der Vorgänge zur Produktrealisierung und auf die Prozessdokumentation im QM-Handbuch, entsprechend der 20 Elemente der Norm, gelegt. Mit der aktualisierten Erweiterung der DIN EN ISO 2000 erfolgte eine Annäherung an einen ganzheitlichen Ansatz im Sinne des TQM, wobei das

Qualitätsmanagement der DIN EN ISO nun nicht mehr primär eine funktionelle Produktorientierung, sondern eine stärkere Kundenorientierung und kontinuierliche Qualitätsverbesserung als wesentliche Inhalte des Qualitätsmanagements vorgibt.

Grundsätzlich kann, ungeachtet der stärkeren Kundenorientierung und der Ausrichtung auf eine kontinuierliche Qualitätsentwicklung, festgestellt werden, dass die Einführungsprozesse sehr technokratisch orientiert sind und die Mitarbeiter im gesamten Einführungsprozess eine eher untergeordnete Funktion zugeschrieben bekommen. Genauer gesagt, werden sie als Objekte des Managements und der Informationsvermittlung betrachtet, die informiert, geschult und motiviert werden. Dabei gewinnt die angesprochene Einbeziehung der Mitarbeiter eher den Verdacht einer passiven Übertragung von Aufgaben auf die Mitarbeiter, die somit vielmehr – einer zweckmäßigen Bestimmung nach – mit Informationen versorgt und systematisch geschult werden, anstatt sich an der Qualitätsentwicklung aktiv zu beteiligen und mitzuwirken. Diese Objektivierung der Mitarbeiter, als „Mittel“ zum Zweck der Einführung eines Qualitätsmanagements, spiegelt sich auch in den Aussagen wider, dass Mitarbeiter „festgelegt“, „bestimmt“, „benannt“ werden, um gewisse Funktionen im Qualitätsmanagement zu übernehmen. Diese Vorgehensweise hinterlässt den Eindruck, dass die Mitarbeiter nicht selbst entscheiden können, ob sie diese Funktionen wahrnehmen wollen. Gänzlich ungeklärt bleibt, inwiefern die Mitarbeiter in diese Verantwortungsübertragung einbezogen und welche Anforderungen in diesem Zusammenhang an die Mitarbeiter gestellt werden.

Für die Untersuchung der Kompetenzentwicklung ergeben sich vor dem Hintergrund dieser Überlegungen die Fragen, ob zum einen ein Lernen der Mitarbeiter und eine individuelle Kompetenzentwicklung im Rahmen eines solchen Einführungsprozesses überhaupt möglich ist und zum anderen, ob die persönliche Entwicklung des Mitarbeiters überhaupt erwünscht ist. Aus diesen Fragen lassen sich wiederum Konsequenzen für die Untersuchung ableiten: Die Aufmerksamkeit sollte sich auch auf die Leitung einer Altenpflegeeinrichtung und auf ihre Managementfunktionen richten, um zu untersuchen, welchen Einfluss sie möglicherweise auf das Lernen und die Kompetenzentwicklung der Mitarbeiter ausübt. Dieser Aspekt spielt wahrscheinlich auch im Hinblick auf die Motivation und die Beteiligung der Pflegekräfte an der Qualitätsentwicklung eine Rolle und somit auch für die Überlegung, dass hierin ein Zusammenhang zur Kompetenzentwicklung der Mitarbeiter zu erwarten ist.

### **3.3.3 Lernansätze und Lernhaltigkeit des Modells**

Das Qualitätsmanagement im Pflegebereich wird einerseits anhand von Vorgaben der Leitung durch die Qualitätspolitik, das Pflegeleitbild und festgelegte Qualitätsziele bestimmt. Andererseits erfolgt die Umsetzung und Verwirklichung der Ziele und Prozesse durch die Beteiligung und Mitwirkung der Mitarbeiter am Qualitätsmanagement. Aber wie wird das realisiert? Dafür liefern die Autoren einschlägiger Literatur einige Ansätze:

Bei WEIGERT (2004) beispielsweise finden sich Lernansätze in der Informationsvermittlung durch Schulungen. Den Mitarbeitern werden theoretische Grundlagen des Qualitätsmanagements durch Schulungen und Workshops näher gebracht. Der Zweck besteht darin, ein Verständnis und entsprechende Handlungen zu entwickeln, die Qualitätsanforderungen des

zugrunde gelegten Modells umzusetzen und den Informationsbedarf der Mitarbeiter zu ermitteln (vgl. WEIGERT 2004, S. 20f.).

Die DIN EN ISO regelt im Normabschnitt 6.0 das Management von Ressourcen, worunter auch personelle Ressourcen (6.2) zählen. Dieser Punkt umfasst die Qualifikation und Auswahl der Mitarbeiter sowie die Erfassung und Bereitstellung von Aufwendungen für fachliche und persönliche Qualifizierungen und Weiterbildungen der Mitarbeiter (vgl. WEIGERT 2004, S. 190). Hierbei wird der Lernaspekt „Informationsvermittlung“ erneut erkennbar. Demzufolge sollen sich die Mitarbeiter anhand von internen und externen Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen in neue Aufgabenfelder einarbeiten. Sie bilden sich in fachlicher Hinsicht und bezüglich interdisziplinärer Aufgaben weiter. Einen weiteren nennenswerten Aspekt stellt die Motivation der Mitarbeiter zur Umsetzung der Qualitätskultur dar. Leider wird auf diesen Punkt in den Ausführungen des Autors nicht näher eingegangen.

Das Wissen der Mitarbeiter (in) einer Organisation kann als Potential für die Entwicklung und Ausprägung von Qualität und Leistungsfähigkeit eingesetzt werden (vgl. HAESKE-SEEGER 2001, S. 95). Demzufolge wird die Verbesserung der Qualität in einer Organisation durch Weiterbildung und Wissenserweiterung sowie durch interdisziplinäres kooperatives Zusammenarbeiten und durch den Austausch von Kenntnissen der verschiedenen Professionen (Pflegekräfte, Ärzte, Angehörige, Leitungspersonal, externe Partner und Kunden) innerhalb der Organisation erreicht. Hierbei spielt ebenfalls das Human-Ressource-Management hinsichtlich einer individuellen Kompetenz- und Potentialerfassung der Mitarbeiter als Planungsgrundlage für Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen eine entscheidende Rolle.

HAESKE-SEEGER (2001) geht davon aus, dass sich Lernansätze im Rahmen des Qualitätsmanagements im Allgemeinen bei den (an der Qualitätsentwicklung) beteiligten Mitarbeitern erkennen lassen. Das schließt beispielsweise die Arbeit im Qualitätszirkel ein. Nach Angaben der Autorin erlangen die Mitarbeiter in diesem Rahmen Erfahrungen im reflexiven Umgang mit unterschiedlichen Lösungsansätzen (vgl. ebd., S. 68). Die Autorin konzentriert sich weiterhin in ihren Ausführungen auf den Lernansatz „Informationsermittlung“ durch Schulung und Ausbildung der Mitarbeiter. Demnach sind zur Einführung eines Qualitätsmanagements im Krankenhaus Schulungen auf allen Ebenen der Organisation notwendig. Die empfohlenen Inhalte werden anhand des folgenden Schulungs- und Ausbildungsprogramms konkretisiert (vgl. HAESKE-SEEGER 2001, S. 75f.):

Die Grundlagenausbildung sollte für alle Mitarbeiter stattfinden und Information über

- ~ gesetzliche Rahmenbedingungen, Grundlagen und Voraussetzungen,
- ~ gesundheits- und pflegespezifische Systeme, Methoden und Grundlagen des Qualitätsmanagements,
- ~ Aufbau- und Ablauforganisation,
- ~ Qualitätszirkel und deren Aufgaben,
- ~ Qualitätsmanagement-Handbuch,

- ~ Verfahrens- und Arbeitsanweisungen, Standards,
- ~ Funktion und Entwicklung eines Leitbilds,
- ~ Maßnahmenplan für Qualitätsentwicklungsprozesse sowie
- ~ Zertifizierung enthalten.

Ein spezielles Führungskräfte-Training wird für Mitarbeiter oberster und mittlerer Leitungsebene durchgeführt. Die Themen und Trainingseinheiten enthalten schwerpunktmäßig folgende Inhalte: Führung im Qualitätsmanagement, Entwicklung von Fehlerkulturen, Human-Ressource-Management sowie Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements, beispielsweise zum EFQM-Modell und dessen Selbstbewertung.

Eine Qualitätsberater-Grundausbildung erhalten der Qualitätsmanagement-Beauftragte (QMB) sowie Mitarbeiter im Qualitätsmanagement-Ausschuss. Der Qualitätsmanagement-Beauftragte sollte dabei spezifische und umfassende Informationen zu allen Themen sowie zur praktischen Durchführung des Qualitätsmanagements erhalten. Weiterhin finden Moderatorentrainings für den QMB, die Moderatoren der Qualitätszirkel und Projektgruppenleiter statt. Dabei werden die Moderatoren zu den Themen: Grundlagen von Gruppenprozessen, Moderationstechniken, Problembearbeitungstechniken, Planung von Projekten und Ergebnispräsentation geschult (vgl. HAESKE-SEEGER 2001, S. 75f.).

Auf der Grundlage der analysierten Literatur zur Erläuterung der Einführungsprozesse eines Qualitätsmanagements der DIN EN ISO in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen kann zusammenfassend festgestellt werden, dass die Lernhaltigkeit des QM-Modells der DIN EN ISO 9000:2000 auf die Informationsvermittlung durch Schulungsmaßnahmen sowie Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter begrenzt ist. Eine individuelle Kompetenzentwicklung ist anhand der Ausführungen der Autoren eher noch bei den Führungskräften und dem QM-Beauftragten, als bei dem einzelnen Mitarbeiter anzunehmen. Die Angaben der Autoren lassen weiterhin darauf schließen, dass die Ermittlung der Leistungsfähigkeiten und Ressourcen des Mitarbeiters vorrangig dem Ziel der Verwirklichung von Kundenzufriedenheit (Bewohner-/Patientenzufriedenheit) und einer korrekten Prozessgestaltung dienen.

Auch wenn zunächst angenommen werden kann, dass die Lernhaltigkeit der DIN EN ISO nicht auf eine individuelle Kompetenzentwicklung abzielt, kann mit der Einführung eines solchen Qualitätsmanagements eine individuelle Kompetenzentwicklung erreicht werden. Dafür ist aber ein anderes Einführungskonzept notwendig, dass eben nicht nur auf die Informationsvermittlung und Schulung der Mitarbeiter ausgerichtet ist, sondern ein Lernen durch Beteiligung der Mitarbeiter an den Veränderungen ermöglicht. Dafür reicht es aber nicht aus nur Informationen zu vermitteln, sondern der Mitarbeiter muss die Informationen auch aufnehmen und verarbeiten können, um Fähigkeiten und Verhaltensweisen weiterzuentwickeln. Dafür muss er sich ganzheitlich und aktiv mit seiner Persönlichkeit, seinen Fähigkeiten und Verhaltensweisen in den Qualitätsentwicklungsprozess einbringen, um dem allgemeinen Begriffsverständnis von Lernen entsprechend, die Informationen zu verarbeiten und zu nutzen. Vor diesem Hintergrund kann der Mitarbeiter Selbsterkenntnis und Wissen erschaffen, dieses auf Handlungen übertragen und anwenden, um somit seine Handlungsfähigkeiten und Kompetenzen weiterzuentwickeln.

### 3.4 Das EFQM-Modell

Die European Foundation for Quality Management (EFQM) entwickelte das Europäische Modell für umfassendes Qualitätsmanagement und veröffentlichte es 1991 zum ersten Mal. Sie wurde 1988 von 14 führenden europäischen Unternehmen als gemeinnützige Organisation gegründet. Inzwischen wurden bisher über 800 europäische Organisationen Mitglied der EFQM (vgl. WEIGERT 2004, S. 247). Das EFQM-Modell beruht auf einem Managementkonzept, welches die Kundenzufriedenheit, die Mitarbeiterzufriedenheit und die positive gesellschaftliche Verantwortung/Reputation konzipiert und umsetzt und durch eine charakteristische Politik und Strategie die Mitarbeiterorientierung und die Organisation der Prozesse und Ressourcen zu außerordentlichen Geschäftsergebnissen führen soll (vgl. EFQM 2003a, S. 5). Insbesondere Krankenhäuser orientieren sich an diesem Modell, um Ergebnisse zur Vergleichbarkeit und Verbesserung auf Grundlage objektiver Daten zu erhalten. Das EFQM-Modell wurde für die Vergabe des European Quality Award (EQA) entwickelt. Der Preis wird an Unternehmen verliehen, die eine wirtschaftliche Führungsposition in Europa einnehmen (vgl. RADTKE/WILMES 2002, S. 7).

Das Modell „lebt“ vom Selbstwertungssystem, anhand dessen *„die Leistungsfähigkeit eines Unternehmens transparent“* gemacht wird (RADTKE/WILMES 2002, S. 18). Dieses unterstützt anhand der RADAR-Logik die Analyse und Bewertung der Abläufe, der Prozesse und Interaktionen von Individuen in der Organisation. Das Modell erhebt den Anspruch, dass Mitarbeiter- und Kundenzufriedenheit sowie die Einbindung des Wissens aller in der Organisation beteiligten Individuen das unternehmensweite Lernen der Organisation fördern. Dabei dient das EFQM-Modell als strukturiertes Konzept zur Selbstbewertung und kontinuierlichen Leistungsverbesserung des Qualitätsmanagements eines Unternehmens und somit als Leitfaden und Kontrollinstrument für den Aufbau eines Qualitätsmanagementsystems (vgl. WEIGERT 2004, S. 247).

Im überarbeiteten Modell der EFQM von 1999 wird die Zusammenwirkung der Kriterien unter der Leitungsverantwortung und Einbeziehung aller Mitarbeiter, Partner und Ressourcen für die Weiterentwicklung und Verbesserung der Strukturen, Prozesse und Abläufe in der Organisation deutlich. Weiterhin wird der Anspruch erhoben, ein Wissensmanagement und eine organisationsweite Lernkultur zu implementieren (vgl. RADTKE/WILMES 2002, S. 19).

Das Modell beruht auf folgenden Grundkonzepten, die den Grad der Excellence einer Organisation in den drei Abstufungen beschreiben: *„Anfänge“*, *„Auf dem Weg“* und *„Reife Organisation“* (EFQM 2003b, S. 5-8). Dabei bedeutet „Excellence“ ein Aufzeigen der Aufgaben, Strukturen und Prozesse, das Erzielen von Erfolgen und Ergebnissen einer Organisation sowie ein Vertrauen, dass die Ergebnisse auch zukünftig erreicht werden können (vgl. EFQM 2003b, S. 9).

Grundkonzepte:

- ~ Ergebnisorientierung: Es werden begeisternde Ergebnisse für alle Mitglieder der Organisation erzielt.
- ~ Kundenausrichtung: Ein nachhaltiger Nutzen für die Kunden wird geschaffen.



- ~ Führung und Zielkonsequenz: Es erfolgt eine visionäre und überzeugende Führung im Kontext beständiger Zielsetzung.
- ~ Management anhand von Prozessen und Fakten: Die Steuerung der Organisation erfolgt durch Netzwerke interdependenter Systeme, Prozesse und Tatsachen.
- ~ Mitarbeiterentwicklung und -beteiligung: Mitarbeiter werden durch Weiterentwicklung und Beteiligung integriert und gefördert.
- ~ Kontinuierliches Lernen, Innovation und Verbesserung: Um Änderungen zu bewirken, um Innovation und Verbesserung zu schaffen, wird gelernt.
- ~ Entwicklung von Partnerschaften: Partnerschaften werden entwickelt und wirtschaftlich genutzt.
- ~ soziale Verantwortung: Gesetzliche Regularien werden in ihren Forderungen übertroffen und Erwartungen der gesellschaftlichen Umwelt werden verstanden.

Die Organisation sollte die Grundkonzepte des EFQM-Modells kennen, akzeptieren und annehmen, um ihre Leistung unter Anwendung des Modells zu verbessern. Nachstehend ist das EFQM-Modell für Excellence abgebildet (vgl. Abbildung 3-1).

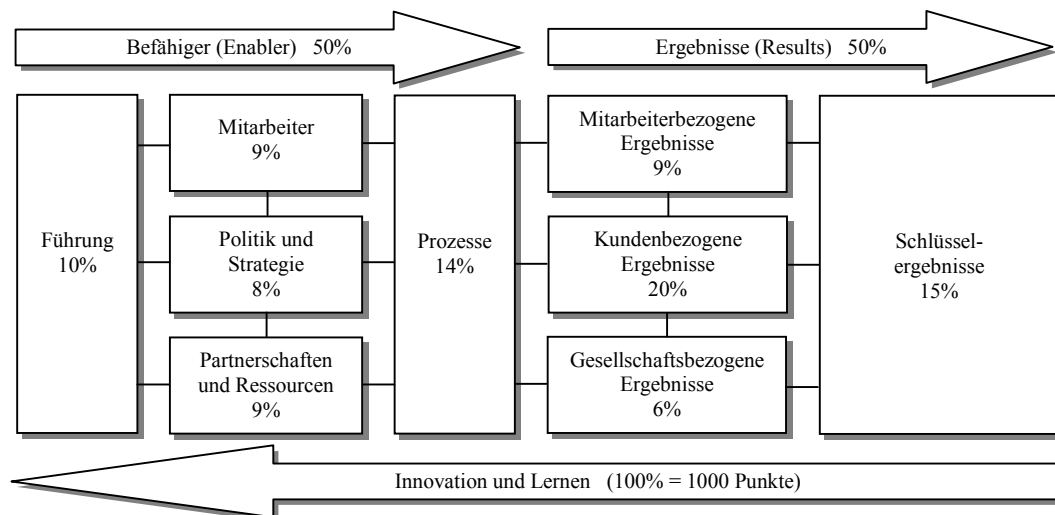


Abbildung 3-1: Das EFQM-Modell für Excellence (Quelle: EFQM Brüssel 2003, S. 12)

Das Modell besteht aus neun Hauptkriterien und insgesamt 32 Unterkriterien, die die Hauptkriterien näher charakterisieren und explizieren. Weiterhin werden Prozentzahlen zur Gewichtung der Kriterien angegeben.

Die Hauptkriterien werden folgenden zwei Kategorien zugeordnet:

- ~ die Befähigerkriterien (Enabler): Sie enthalten, was die Organisation realisieren und wie sie vorgehen muss.
- ~ die Ergebniskriterien (Results): Diese umfassen, was eine Einrichtung erreicht hat und wie die Ergebnisse erreicht wurden. Dabei sind die Ergebnisse kausal auf die Befähiger zurückführbar (vgl. EFQM 2003a, S. 5).

Jedem Kriterium werden Bewertungszahlen zugeordnet, die summiert die maximale Punktzahl von 1000 Punkten ergeben. Anhand dieser Bewertung, i. S. eines Benchmarkings eingesetzt, stellt die Organisation ihre Position im Vergleich mit Konkurrenten am Markt fest. Dieses Selbstbewertungssystem dient ebenfalls der Ist-Analyse der Organisati-

onsprozesse und des Zustands des Unternehmens mit dem Ziel, die Unternehmensprozesse und -strukturen systematisch zu verbessern. Die Pfeile im Modell sollen die dynamischen Entwicklungsprozesse verdeutlichen. Demzufolge führen Innovation und Lernen zu verbesserten Befähigerkriterien und diese beeinflussen wiederum die Ergebnisse (vgl. EFQM 2003a, S. 5).

Nachfolgend werden die Befähigerkriterien (vgl. Abbildung 3-2) und die Ergebniskriterien (vgl. Abbildung 3-3) aufgeführt.

Befähigerkriterien	
<b>1 Führung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>1a Führungskräfte erarbeiten die Mission, Vision, Leitbilder und Werte. Sie agieren als Vorbilder für eine Kultur der Excellence.</li> <li>1b Führungskräfte sorgen durch ihr persönliches Mitwirken für die (Weiter-)Entwicklung, Umsetzung, Überwachung und kontinuierliche Verbesserung des Qualitätsmanagements der Organisation.</li> <li>1c Führungskräfte bemühen sich um Kunden, Partner und Gesellschaftsvertreter.</li> <li>1d Führungskräfte motivieren und unterstützen die Mitarbeiter und erkennen ihre Leistungen an.</li> </ul>	<b>4 Partnerschaften und Ressourcen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>4a Externe Partnerschaften werden erschafft und gemanagt.</li> <li>4b Finanzen werden gemanagt.</li> <li>4c Gebäude, Einrichtung und Materialien werden organisiert und verwaltet.</li> <li>4d Technologien und Geräte werden gemanagt.</li> <li>4e Information und Wissen werden organisiert und verbreitet.</li> </ul>
<b>2 Politik und Strategie</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>2a Politik und Strategie berücksichtigen die gegenwärtigen und zukünftigen Bedürfnisse und Erwartungen der Interessengruppen.</li> <li>2b Politik und Strategie beruhen auf Informationen von Leistungsmessungen, Marktforschung und lernerorientierten und kreativen Aktionen.</li> <li>2c Politik und Strategie werden entwickelt, evaluiert und aktualisiert.</li> <li>2d Politik und Strategie werden durch Schlüsselprozesse vernetzt und umgesetzt.</li> <li>2e Politik und Strategie werden kommuniziert und realisiert.</li> </ul>	<b>5 Prozesse</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>5a Prozesse werden systematisiert, umgesetzt und gemanagt.</li> <li>5b Prozesse werden unter Nutzung von Innovationen angepasst und verbessert um Kunden und Partner zufrieden zu stellen und die Wertschöpfung zu steigern.</li> <li>5c Leistungsangebote werden auf der Basis von Kundenbedürfnissen und -erwartungen geplant und entwickelt</li> <li>5d Leistungsangebote werden erarbeitet, erbracht und betreut.</li> <li>5e Kundenbeziehungen werden gepflegt und vertieft.</li> </ul>
<b>3 Mitarbeiter</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>3a Die Ressourcen der Mitarbeiter werden geplant, organisiert und verbessert.</li> <li>3b Wissen und Kompetenzen der Mitarbeiter werden ermittelt, weiterentwickelt und bewahrt.</li> <li>3c Mitarbeiter werden integriert und zu selbständigen Handeln ermächtigt.</li> <li>3d Alle Mitarbeiter und Organisationsmitglieder führen einen Dialog.</li> <li>3e Mitarbeiter werden belohnt, anerkannt und betreut.</li> </ul>	

Abbildung 3-2: Die Kriterien des EFQM-Modells: Befähigerkriterien und Unterkriterien  
(Quelle: EFQM 2003, vgl. S. 13-14)

Ergebniskriterien	
<b>6 Kundenbezogene Ergebnisse</b> 6a Mess- und Bewertungsergebnisse aus Kundensicht 6b Leistungsindikatoren	<b>8 Gesellschaftsbezogene Ergebnisse</b> 8a Mess- und Bewertungsergebnisse aus Sicht der Gesellschaft 8b Leistungsindikatoren
<b>7 Mitarbeiterbezogene Ergebnisse</b> 7a Mess- und Bewertungsergebnisse aus Mitarbeitersicht 7b Leistungsindikatoren	<b>9 Schlüsselergebnisse</b> 9a Bewertungsergebnisse der Schlüsselleistungen 9b Schlüsselleistungsindikatoren

Abbildung 3-3: Die Kriterien des EFQM-Modells: Ergebniskriterien und Unterkriterien  
(Quelle: EFQM 2003, vgl. S. 15)

RAIDL (2001) führt in ihren Ausführungen zum EFQM-Modell folgende Besonderheiten an: Die Bewertungsergebnisse werden nicht als schlecht, sondern als verbesserungsbedürftig aufgefasst. Die Unterschiede zu anderen Modellen bestehen darin, dass die Befähigerkriterien die Zielvorgaben für die Umsetzung liefern und die Ergebniskriterien die erreichten Ziele darstellen. Weiterhin werden der Kundenzufriedenheit (Bewohner und Patienten) mit 20% und der Mitarbeiterorientierung und -zufriedenheit mit jeweils 9% zentrale Positionen zugestanden. Die Ressourcen werden optimal geplant, um Verschwendungen abzuwenden. Ebenso wird dem Aspekt einer Außenwirkung im Sinne des gesellschaftlichen Images entsprochen (vgl. RAIDL 2001, S. 70f.).

Im Gegensatz zu den unter 3.1 und 3.2 aufgeführten Qualitätsmanagement-Modellen und Ansätzen wird der Ergebnisdimension im EFQM eine wichtige Position zugestanden. Demnach werden bei der Bewertung der mitarbeiterbezogenen, kundenbezogenen, gesellschaftsbezogenen Ergebnisse und Schlüsselergebnisse nicht nur deren Zielerreichung und Vergleiche gegenüber anderen Organisationen überprüft, sondern auch die Angemessenheit der Ziele bezüglich zu erwartender Ergebnisse sowie der Kausalitätsaspekt zwischen Ergebnis und Prozessen bzw. Strukturen.

### 3.4.1 Einführung eines Qualitätsmanagement nach EFQM

Das allgemeine Vorgehen zur Einführung eines Qualitätsmanagements nach EFQM wird folgendermaßen beschrieben: Zunächst sollte sich die Organisation mit den Ergebniskriterien (Kunden, Mitarbeiter, Gesellschaft und Schlüsselergebnisse) auseinandersetzen und diese bewerten. Um diese Ergebnisse zu verbessern, wird unter den Kriterien der Befähiger nach den entsprechenden Ansätzen für die Weiterentwicklung gesucht. Diese Ansätze werden dann anhand des RADAR-Konzeptes systematisch in die Organisation eingeführt, umgesetzt und anschließend überprüft und bewertet (vgl. RADTKE/WILMES 2002, S. 26).

In der folgenden Übersicht (Tabelle 3-2) wird eine systematisierte Veranschaulichung vergleichbarer Einführungsprozesse des EFQM-Modells vorgenommen.

Einzelschritte im Qualitätskreislauf nach NÖTZOLD (2002)	Verfahrensschritte nach SCHIERSMANN/THIEL/PFITZENMAIER (2001)	Schritte der Selbstbewertung nach RADTKE/WILMES (2002)	Projektschritte nach RAIDL (2001)
Entscheidung			
Entscheidung für das QM-Modell	Entscheidung für das QM-Modell		
Information			
Mitarbeiter informieren und Engagement und Akzeptanz erzeugen Ressourcen planen	Mitarbeiter überzeugen und ihr Engagement gewinnen		
Informationsbeschaffung und Schulungen			
Instrumentarien für das Modell aneignen und Qualitätsmanagement-Beauftragten schulen	Qualitätsgruppe einrichten und Qualitätsmanagement-Beauftragten auswählen	Informationen beschaffen	Sammlung von Informationen und Daten entsprechend der Haupt- und Teilkriterien
Stärken-Schwächen-Analyse und Dokumentation			
Erstellen von Selbstreports (Stärken-Schwächen-Analysen) in Form von Dokumentationen zu den Prozessen und Abläufen	Durchführung der Stärken-Schwächen-Analysen	Stärken und Verbesserungspotentiale identifizieren	Berichterstellung für jedes Kriterium  Erstellen eines Organisationsberichts auf Grundlage der Kriteriumsberichte
Selbstbewertung			
Selbstbewertung der Tätigkeiten, Abläufe, Ergebnisse nach den Kriterien des Modells	Selbstbewertung nach den Kriterien des Modells	Punktbewertung	Selbstbewertung
Konsensfindung über die Stärken und Verbesserungen		Konsensmeeting und Audit	Evaluation der Selbstbewertung
Kontinuierliche Verbesserung			
Priorisierung der Verbesserungsbereiche	aus ermittelten Verbesserungsbereichen ein Projekt auswählen	Erstellen des Feedbackberichts	zielgerichtete Planung und Umsetzung des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses
Planung und Durchführung der einzelnen Verbesserungsprojekte	Planung und Durchführung des Projekts	Aktionsplan für Mitarbeiter ausarbeiten und Mitarbeiter integrieren	
Evaluation der Projekte	Evaluation		
Entscheidung über Einführung der Verbesserungen	Transfer	Verbesserungen einführen und umsetzen	
	weiteres Projekt planen, durchführen, evaluieren und einführen		
erneute Selbstbewertung	erneute Stärken-Schwächen-Analyse und Selbstbewertung	Selbstbewertung erneut durchführen	

Tabelle 3-2: Einführungsprozesse des EFQM-Modells

Die Selbstbewertung kann im Sinne einer Simulation zur Bewerbung für den EQA (European Quality Award) durchgeführt werden. Die Maßnahme wird von verschiedenen Autoren in ähnlicher Art und Weise dargestellt (vgl. RAIDL 2001, S. 74f., vgl. WEIGERT 2004, S. 249, vgl. RADTKE/WILMES 2002, S. 103ff.). Zunächst werden von geschulten Assessoren (EFQM-Fachleute, die Selbstbewertungen durchführen und den Einführungsprozess begleiten und unterstützen) Teams aus den verschiedenen Organisationsbereichen gebildet, die jeweils die Informationen für die einzelnen Haupt- und Unterkriterien sammeln. Dies kann anhand von Checklisten, Befragungen, Gruppendiskussionen oder Interviews erfolgen. Daran schließt sich die Phase der Bewertung von Stärken und Verbesserungspotentialen der Unterkriterien an. Im weiteren Verlauf werden nun die Stärken und Verbesserungspotentiale jeweils für die Befähigerkriterien und Ergebniskriterien (mit Werten von 0% bis 100%) auf der Basis des RADAR-Konzeptes bewertet (vgl. Abschnitt 3.6.2).

Die einzelnen Prozentwerte der Unterkriterien für die Befähiger werden jeweils für das Kriterium summiert und ein Mittelwert gebildet. Die Unterkriterien der Ergebnisse werden mit einem Gewichtungsfaktor multipliziert, anschließend addiert und das arithmetische Mittel für das jeweilige Unterkriterium gebildet. Abschließend werden die Punktzahlen aller Hauptkriterien mit den Gewichtungsfaktoren multipliziert und dann addiert. Daraus ergibt sich die Gesamtpunktzahl für die Organisation.

Im weiteren Verlauf der Selbstbewertung werden die Ergebnisse der Assessoren untereinander verglichen und wenn erforderlich, d. h. wenn die Ergebnisse mehr als 25% voneinander abweichen, Meetings zur Konsensfindung einberufen. Im Anschluss daran kann ein Firmenaudit durchgeführt werden, um „den Gesamteindruck, der sich aus der Gesamtpunktzahl ergibt, zu bestätigen.“ (RADTKE/WILMES 2002, S. 119). Hieraus resultiert ein Abschlussbericht für die Geschäftsleitung mit Anmerkungen zu den Stärken und Verbesserungspotentialen, auf dessen Grundlage Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet werden können. Diese werden bis zur nächsten Selbstbewertung in der Organisation umgesetzt. Die Selbstbewertung sollte in einem Turnus von einem halben bis einem Jahr wiederholt werden.

Organisationen können sich für eine Auszeichnung mit dem EQA (European Quality Award) bewerben. Dabei sollten die Unternehmen in der Selbstbewertung mindestens 500 Punkte erreicht haben. Je fortgeschrittener das Unternehmen auf dem „Weg zur Excellence“ ist, umso höher erfolgt die Selbstbewertung mit Punkten bis maximal 1000. Die Unternehmen, die den EQA bekommen, liegen bei ca. 750 Punkten (vgl. RAIDL 2001, S. 78f.).

### 3.4.2 Kritische Bewertung des EFQM-Modells

Beim EFQM-Modell werden die leichte Übertragbarkeit der Kriterien auf Einrichtungen des Gesundheitswesens, die geringen Kosten der internen Selbstbewertung und die schnell sichtbaren Ergebnisse als vorteilhafte Aspekte eingeschätzt (vgl. RAIDL 2001, S. 80). Es wird hervorgehoben, dass beide Modelle – DIN EN ISO 9000ff. und das EFQM-Modell –, wenn sie sich ergänzend in eine Organisation eingeführt werden, eine umfassende, mitarbeiterbeteiligende und -orientierte Qualitätsentwicklung im Sinne des TQM erreichen

können. Dabei kann das Qualitätsmanagement nach DIN EN ISO beispielsweise als Grundlage für das Handbuch und als Leitfaden genutzt werden, da die Qualitätsanforderungen der DIN EN ISO 9000ff. in allen Aspekten des EFQM-Modells als Basis vorhanden sind. Dieser Aspekt eines „in der Philosophie von Total Quality Management“ stehenden Qualitätsmanagements, das einen Wegweiser und eine Stütze für den Qualitätsentwicklungsprozess vorgibt, wird ebenfalls von anderen Autoren als vorteilhaft herausgestellt (NÖTZOLD 2002, S. 44).

Wird die DIN EN ISO 9000ff. mit den Kriterien des EFQM-Modells kombiniert, kann somit eine kontinuierliche Verbesserung der Prozesse und Ergebnisse sowie ein Innovationscharakter ergänzend implementiert werden (vgl. RAIDL 2001, S. 81). Jedoch existieren auch kritische Gesichtspunkte, wie beispielsweise eine kostenintensive Ausbildung der Assessoren und eventuell betriebsblinde Selbstbewertungen, wenn diese nicht von externen Beratern durchgeführt werden.

Nachstehende vorteilhafte Aspekte zur Anwendung des EFQM-Modells in der Erwachsenenbildung können auch auf Organisationen der Altenpflege übertragen werden, da es sich um allgemeine Punkte des Qualitätsmodells handelt (vgl. NÖTZOLD 2002, S. 46ff.):

- ~ Herausgestellt wird der Aspekt, die eigene Tätigkeit aus einer internen Sicht und verschiedenen Mitarbeiterperspektiven zu evaluieren.
- ~ Anhand einer kontinuierlichen Selbstbewertung, z. B. durch Benchmarking, gelingt es folglich, interne Veränderungsprozesse anzustoßen.
- ~ Das EFQM-Modell zielt auf eine Veränderung organisationaler Prozesse und damit nicht vordergründig auf die Ergebnisverbesserung, sondern diese resultiert aus den Innovationen und dem Lernen (vgl. auch Abbildung 3-1).
- ~ Das EFQM-Modell selbst kann die Pflegequalität, die im Ergebnis der Arbeit der Pflegekräfte erreicht werden soll, nicht bestimmen, jedoch wie bereits erläutert eine Orientierung und Sicherheit auf dem Weg der Qualitätsentwicklung geben.

### 3.4.3 Lernansätze und Lernhaltigkeit des Modells

Die Ansätze zur Lernhaltigkeit sind im (Gesamt-)Auftrag des EFQM-Modells erkennbar: Die Mitarbeiter- und Kundenzufriedenheit sowie die Einbindung des Wissens aller in der Organisation beteiligten Individuen fördern einerseits das unternehmensweite Lernen der Organisation und implementieren andererseits, auf Basis des Qualitätsmanagements, ein Wissensmanagement und eine organisationsweite Lernkultur<sup>14</sup> im Unternehmen (vgl. RADTKE/WILMES 2002, S. 15-19).

Der Lernansatz des EFQM-Modells besteht einzeln ausdifferenziert darin, das organisationale Lernen zu nutzen, um Innovationen, Veränderungen und Verbesserungen zu erzielen. Dies ist zum einen an den Pfeilen in der Modell-Grafik und zum anderen am Grundkon-

---

<sup>14</sup> Lernkultur kann als komplexer Lernprozess einer Gruppe bzw. Organisation betrachtet werden. Dabei bezeichnet eine Kultur in der Organisation nach SCHEIN (1995) „Ein Muster gemeinsamer Grundprämissen, das die Gruppe bei der Bewältigung ihrer Probleme externer Anpassung und interner Integration erlernt hat, das sich bewährt hat und somit als bindend gilt und das daher an neue Mitglieder als rational und emotional korrekter Ansatz für den Umgang mit diesen Problemen weitergegeben wird.“ (ebd., S. 25).

zept „Kontinuierliches Lernen, Innovation und Verbesserung“ erkennbar. Dabei geht das EFQM-Modell davon aus, dass die Organisationen beständig lernen und dafür das Wissen der Mitarbeiter aufgreifen und weitergeben. Das hat zum Ziel, die Lerneffekte innerhalb der Organisation zu erhöhen. Die Mitarbeiter hinterfragen die Prozesse der Organisation und beteiligen sich an der Umsetzung neuer Ideen, Innovationen und Verbesserungen (vgl. EFQM 2003b, S. 6). An dieser Stelle ist bereits der Zusammenhang zwischen Lernen, Organisation und Mitarbeiter erkennbar und es kann angenommen werden, dass der Mitarbeiter den entscheidenden Faktor im organisationalen Lernen einnimmt.

Das Qualitätsmodell der EFQM, das den Mitarbeiter umfassend in seinen Kompetenzen entwickelt und sein Wissen für die Organisationsentwicklung einsetzt, kann somit als ein Instrument im Lernprozess der Qualitäts- und Organisationsentwicklung betrachtet werden. Im Grundkonzept „Mitarbeiterentwicklung und -beteiligung“ ist erwähnt, dass die zukünftigen Kompetenzen der Organisation durch die Mitarbeiter geschaffen werden. Dafür wird ihre individuelle Kompetenzentwicklung gefördert. Welche Mittel dafür notwendig sind, bzw. wie dies erfolgen kann, wird im Modell und den Grundsätzen nicht näher ausgeführt. Hierin liegt also die Leistungs- und Lernfähigkeit der Organisation, Praktiken und Projekte zu schaffen, um ihre Mitarbeiter und damit die Qualität und folglich die Organisation selbst zu verändern.

In einzelnen Kriterien und Unterkriterien des Modells wird zunächst auf den Lernaspekt (der Leitungsverantwortung) zur Persönlichkeitsentwicklung der Mitarbeiter hingewiesen: Das Verhalten der Mitarbeiter und ihre Einstellung zur Tätigkeit sollte sich ändern, um ein umfassendes Qualitätsmanagement in der Organisation zu errichten (vgl. RADTKE/WILMES 2002, S. 36). Dies kann beispielsweise durch die Festlegung der Qualitätsziele und entsprechende Belohnungssysteme unterstützt werden (vgl. z. B. Kriterium Führung 1d: Motivation und Anerkennung der Leistungen der Mitarbeiter).

Ferner stellt das Kriterium „Mitarbeiter“ nach den Vorgaben der EFQM einen besonders wichtigen Bestandteil im Qualitätsmanagement dar. Die Potentiale bzw. das Humankapital sollen „freigesetzt“ werden, um betriebswirtschaftliche Erfolge zu erzielen (vgl. RADTKE/WILMES 2002, S. 50f.). Allerdings wird hier eine einseitig gewichtete Betrachtung des Menschen unter dem Blickwinkel der Nutzung seiner Potentiale und seines „intellektuellen Kapitals“ für den Unternehmenserfolg herausgestellt (vgl. EFQM 2003b, S. 6). Zwar wird von der EFQM betont, dass das „*gesamte Potential der Mitarbeiter auf der Individual-, Team- und Organisationsebene*“ gemanagt, entwickelt und entfaltet werden soll, jedoch wird gleichzeitig erwartet, dass die Mitarbeiter ihre Kompetenzen und Wissen „selbstverpflichtend“ nur zum Vorteil der Organisation einsetzen (EFQM 2003a, S. 13). Daraus lässt sich schlussfolgern, dass die individuelle Entwicklung des Mitarbeiters hinsichtlich der Erweiterung seiner Kompetenzen und notwendiger unterstützender Lernprozesse von der Organisation vernachlässigt wird.

Im Kriterium „Mitarbeiter 3b“ werden ebenfalls die Anforderungen und Kompetenzen der Mitarbeiter und seine Qualifikationen angeführt. RADTKE/WILMES (2002) stellen heraus, dass hierbei das Augenmerk auf einen adäquaten „qualifikationskonformen“ Mitarbeiter-einsatz gelegt wird und dass die Anerkennung durch Belohnung und Beförderung neben

der Mitarbeiterzufriedenheit wiederum zu einer gesteigerten wirtschaftlichen Leistung des Unternehmens führt (vgl. ebd., S. 52f.).

Ein weiterer Lernansatz stellt die Informationsvermittlung dar. Wie bereits angeführt, bedarf die Beteiligung der Mitarbeiter am Qualitätsentwicklungsprozess fachlicher, methodischer und sozialer Kompetenzen, um ihre Ressourcen innovativ und zielgerichtet einzusetzen. Diese Kompetenzen sollen in Schulungen „gelernt“ werden, um damit in den Qualitätszirkeln das erarbeitete Wissen für das Unternehmen einzusetzen (vgl. RADTKE/WILMES 2002, S. 55f.). Auch hier wird deutlich, dass in erster Linie der Unternehmenserfolg erreicht werden soll. Die individuelle Entwicklung des Mitarbeiters wird jedoch auf Schulungen zum standardisierten Einsatz von Qualitätstechniken und Prozessanalysetechniken begrenzt.

Zusammengefasst besteht die Lernhaltigkeit des EFQM-Modells in einer starken Ausrichtung auf den Mitarbeiter und seine Entwicklung sowie in der Entwicklung eines organisationsweiten Wissensbestandes im Sinne einer lernenden Organisation.

### 3.5 Der QM-Ansatz TQM

Das Total Quality Management (TQM) basiert auf keinem konkreten Modell, sondern stellt eine „*Führungsmethode einer Organisation*“ und „*Qualitätsstrategie*“ zur Erreichung eines umfassenden Qualitätsmanagements dar (KAMISKE/BRAUER 1996, S.95f.). Das TQM kann auf der Grundlage eines bestehenden (zertifizierten) Qualitätsmanagements, beispielsweise des EFQM-Modells oder DIN EN ISO, aufbauen und umgesetzt werden. Nach MASING (1994) handelt es sich beim TQM um die systematische und konsequente Anwendung von Methoden des Qualitätsmanagements, die auf Qualität, Kundenzufriedenheit und Unternehmenskultur ausgerichtet sind (vgl. ebd., S. 31). Dabei wird der Qualitätsgedanke in die Handlungen integriert. Das TQM kann somit als die höchste zu erreichende Qualität im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses angesehen werden (vgl. RAIDL 2001, S. 89). Ein Ziel des TQM besteht darin, eine veränderte Denk- und Wissensstruktur sowie Werterhaltung der Mitarbeiter hinsichtlich einer Lernenden Organisation zu erreichen.

Das TQM basiert auf umfassenden Ansätzen der Qualität und des Managements und sollte durch die Abbildung 3-4 dargestellten Elemente der Organisation berücksichtigt, beschrieben und umgesetzt werden. Speziell im Gesundheits- und Pflegebereich müssen die dargestellten Elemente des TQM mit Blick auf einen humanitären und beziehungsorientierten Auftrag priorisiert werden. RAIDL (2001, S. 89) schlägt die Klärung und Festlegung nachstehender Elemente für die Umsetzung des TQM im Krankenhaus vor. Diese könnten in Anlehnung an Abbildung 3-4 in folgender Art und Weise angeordnet werden:



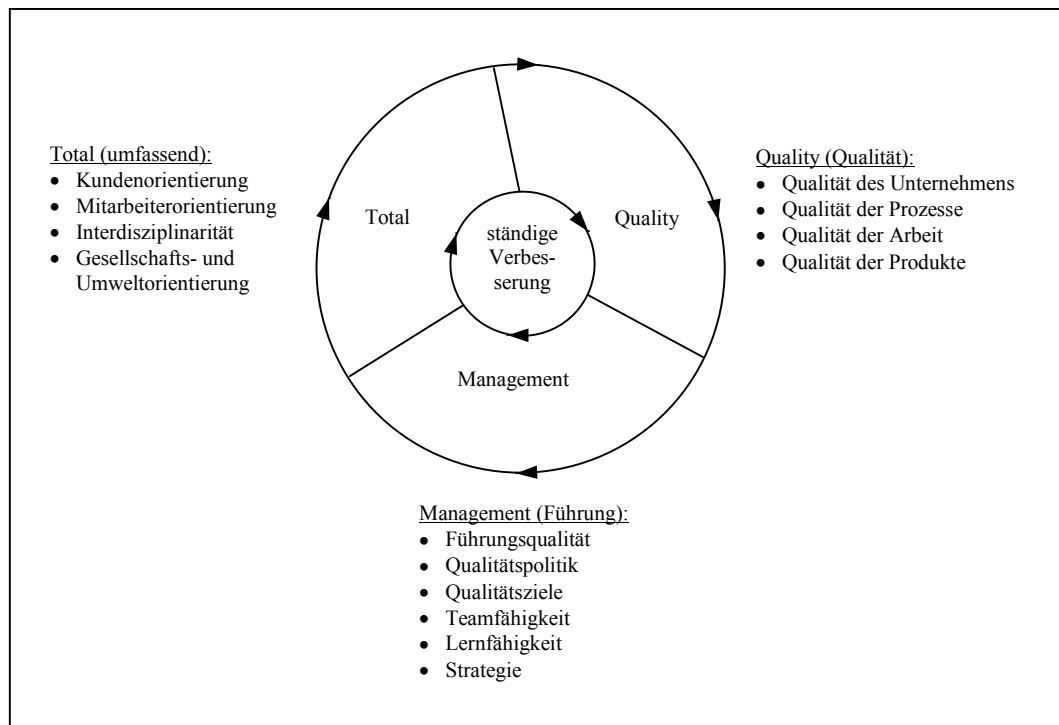


Abbildung 3-4: Die Bestandteile des TQM (Quelle: KAMISKE/BRAUER: 1995, S. 245)

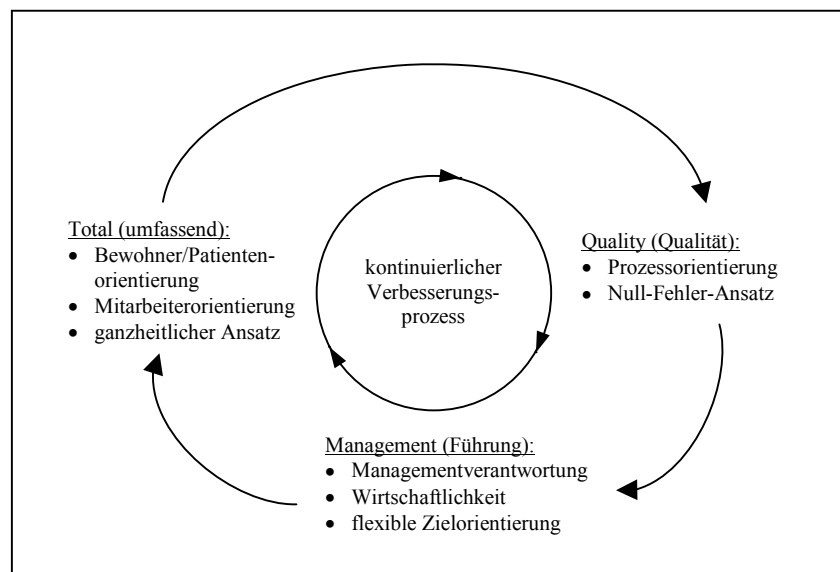


Abbildung 3-5: Die Bestandteile des TQM im Pflegebereich (Quelle: RAIDL 2001, S. 89)

### 3.5.1 Implementierung eines Total Quality Managements

Übertragen auf klinische und pflegerische Organisationen bedeutet die Einführung eines TQM, dass der Patient/Bewohner mit seinen Interessen, Wünschen, seiner Pflege und Betreuung im Mittelpunkt der Qualitätsentwicklung steht. Dabei umfassen die Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung neben der medizinischen Behandlung vor allem auch die pflegerische und soziale Betreuung, den Verwaltungsbereich und den Technikeinsatz. Der Mitarbeiter wird als ausführende und damit zentrale Person in der Prozess- und Beziehungsgestaltung zum Patienten/Bewohner betrachtet. Er benötigt für seine Arbeit, ausgerichtet auf die Qualitätsentwicklung und -verbesserung, eine hohe Motivation,

Sensibilisierung für Qualitätsprobleme und die Identifikation mit dem TQM (vgl. VIETHEN 1995, S. 30).

Zur Implementierung des TQM im Unternehmen müssen von der Geschäftsführung zunächst organisatorische, personelle und technische Rahmenbedingungen geschaffen werden. PIRA (1999) hebt hervor, dass dem TQM bereits ein umfassendes Qualitätsmanagement, wie z. B. das EFQM-Modell, als Ausgangspunkt dienen sollte (vgl. ebd., S. 111). Die Umsetzung des TQM-Konzepts erfolgt dann unter Anwendung der Methoden und Instrumente des Qualitätsmanagements. (vgl. Kapitel 3.6.5). Ein einheitlicher Maßnahmenkatalog zur Einführung eines Qualitätsmanagements im Pflegebereich existiert gegenwärtig nicht. Jedoch stimmen die in der Literatur beschriebenen Einführungsphasen für ein TQM in den wesentlichen Schritten, bis auf einige differenzierte Darstellungen, überein (vgl. PIRA 1999, S. 110).

Einige Autoren orientieren sich bei der Implementierung eines TQM im Krankenhaus bzw. im Spital an den Schritten von OAKLAND (1990) und MALORNY (1999) (vgl. KALTENBACH 1993, S. 222; vgl. PIRA 1999, S. 110). In der folgenden Tabelle 3-3 werden diese TQM-Einführungsphasen vorgestellt.

TQM Einführung nach Oakland (1990, S. 290)	TQM Einführung nach Malorny (1999, S. 382)
Understanding and Company-wide Awareness: unternehmensweites Bewusstsein und Verständnis schaffen	Phase der Sensibilisierung: Veränderungen einleiten
Top Management Commitment and Vision: Verpflichtung und Visionen der Leitung festlegen	
Organization for Quality: die Organisation ist vom Qualitätsmanagement überzeugt und stimmt zu	
Planning: Planung	
Implementation: Einführung	
Review: Prüfung und Evaluation	Phase der Realisierung: Anwendung und Umsetzung des TQM im Unternehmen
Continuous Improvement: kontinuierliche Verbesserung	Phase der Stabilisierung: innovative Orientierung und Forcierung des Verbesserungsprozesses
	Phase der Excellence: Überarbeitung, Kontinuität und Konvergenz des TQM-Konzeptes

*Tabelle 3-3: Schritte zur Implementierung eines TQM*

Im Einführungsprozess nach ZINK (1995) wird besonders die organisatorische Perspektive herausgestellt. Der Autor geht davon aus, dass oftmals Veränderungen organisatorischer Art sowie Paradigmenwechsel einer Einführung von Qualitätsmanagementmodellen vorangehen. Die Grundlage dafür bildet die genaue Definition und Interpretation der Unternehmensqualität. Dieses neue Verständnis von Qualität wird mittels geeigneter Konzepte, wie beispielsweise dem Konzept der Organisationsentwicklung (OE), umgesetzt (vgl. ebd., S. 55). Dabei werden zwei Ansätze zur Entwicklung eines Qualitätsverständnisses verfolgt: der personelle Ansatz (Veränderung der Einstellung und des Verhaltens der Mitarbeiter) und der strukturelle Ansatz (Veränderung der Organisationsstruktur).

Beide Ansätze und die wesentlichen Maßnahmen zur Anregung eines Organisationsentwicklungsprozesses durch die Einführung von TQM, übertragen auf den Pflegebereich, sind nachfolgend aufgeführt (vgl. ZINK 1995, S. 57-86).<sup>15</sup>

### **Personeller Ansatz zur Organisationsentwicklung durch TQM**

#### ***Informieren durch Kommunizieren (der neuen Qualitätsphilosophie)***

Zur Einbeziehung aller Mitarbeiter in den Prozess der Einführung des TQM werden Schulungen durch Führungskräfte (Heimleitung, Pflegedienstleitung) und interne Referenten (z. B. Qualitätsbeauftragter) im Sinne eines Top-down-Schulungskonzeptes empfohlen. Zur inhaltlichen Schwerpunktsetzung der Bereiche Pflege, Verwaltung, soziale Betreuung und Hauswirtschaft wird eine Ist-Analyse auf Grundlage des Selbstbewertungssystems des Europäischen Modells für umfassendes Qualitätsmanagement (EFQM) vorgeschlagen. Auf dieser Grundlage können bereichsspezifische Projekte regelmäßig ausgewertet und verbessert werden.

#### ***Schulung der Arbeitsformen***

Hierbei stehen die kommunikativen und sozialen Komponenten der Zusammenarbeit im Qualitätszirkel und in den Projektgruppen in der Pflege und Betreuung im Mittelpunkt. Für die Vermittlung geeigneter Methoden der Analyse und Gestaltung von Arbeitsprozessen in der Pflege und Betreuung der Bewohner/Patienten sind nicht allein fachlich-pflegerische oder prozessbezogene Informationen ausreichend. Es sind auch methodische Verfahren notwendig (z. B. Moderationstechniken, Problemanalyse-, Problemlösungs- und Prozessanalysetechniken), um Einstellungen und Verhalten (die Kompetenzen) der Mitarbeiter zu ändern.

#### ***Fachspezifische Schulung***

Diese Schulungen werden für die Organisationsbereiche und Mitarbeiter (z. B. Qualitätsbeauftragter, Pflegedienstleiter (PDL), Wohnbereichsleiter (WBL), Mitarbeiter im Qualitätszirkel) angeboten, die vertiefte Kenntnisse in spezifischen Methoden der Problemlösung benötigen. Einen besonderen Schwerpunkt dieser Schulungen nehmen Selbstprüfungskonzepte, beispielsweise zur Umsetzung des Pflegeprozesses und zur Überprüfung der Pflegeergebnisse, ein. Mittels dieser fachspezifischen Schulungen soll es möglich werden, stufenweise einen „Übergang von der Fremd- zur Selbstprüfung zu schaffen, [...] und damit auch Lernprozesse zu initiieren“ (ZINK 1995, S. 62). Das bedeutet, Pflegevisiten werden nicht nur von einem externen Prüforgan, wie z. B. dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) oder intern von der Leitungsebene durch PDL und WBL, durchgeführt, sondern auch vom Pflegemitarbeiter selbst.

Eine positive Auswirkung dieser Schulungsmaßnahmen im Sinne einer verbesserten Pflege- und Betreuungsqualität hängt von weiteren Einflussfaktoren ab. Somit wird vorgeschlagen, das fachspezifische Schulungskonzept offen zu gestalten und die Mitarbeiter aktiv, z. B. durch die Ermittlung des Weiterbildungsbedarfs oder durch das Aufzeigen von Lösungsansätzen in speziellen Pflegesituationen, sowohl in die Konzeption als auch in die Umsetzung der Schulungen einzubeziehen. Diese Mitwirkung der Mitarbeiter an der

---

15 Der Autor legt seiner Beschreibung der TQM-Einführungsschritte das EFQM-Modell als Basis zugrunde.

Entwicklung und Verbesserung von Pflegequalität schaffenden Konzeptionen kann auch im Sinne von Belohnungen eine individuelle Weiterentwicklung und Motivation der Mitarbeiter bewirken.

Eine fachliche Weiterentwicklung der Mitarbeiter ist das Ergebnis und auch die Voraussetzung für eine „*Veränderung des Rollenverständnisses für das Qualitätswesen*“ (ebd., S. 62). Die dafür notwendigen Anforderungen zur Weiterentwicklung des Mitarbeiters sieht der Autor in den Bereichen der Unterstützung zur Qualitätsverantwortung durch Dokumentationssysteme, in der Aus- und Weiterbildung sowie weiterhin in den Grundlagen der Qualitätssicherung und in Motivationsprogrammen.

### **Struktureller Ansatz zur Organisationsentwicklung durch TQM**

#### ***Integration der Qualitätsziele in die Organisationsziele***

Das TQM basiert auf der Integration der Organisationsziele und der Planung von Prozessen, um diese Ziele zu verwirklichen. Die Verbindung, zwischen den Zielen bestmögliche Pflegequalität und Bewohnerzufriedenheit zu erreichen sowie einer Planung der dazu erforderlichen Maßnahmen und Pflegeprozesse, kann auf Grundlage von Selbstevaluationen (z. B. durch das Selbstevaluationsinstrument der EFQM) und ebenfalls durch regelmäßige Assessmentcenter oder Benchmarking bewirkt werden.

#### ***Verbindung der Qualitätsentwicklung mit der Mitarbeiterbeurteilung***

Mit dieser Komponente möchte der Autor ausdrücken, dass sich eine aktive Beteiligung der Pflegekräfte an der Qualitätsarbeit und der Qualitätsentwicklung (zur Umsetzung der Ziele der Pflege- und Betreuungsqualität) in fördernder Weise auf die Beurteilung der Mitarbeiter im Sinne der Personalentwicklung auswirken kann.

#### ***Anpassung betrieblicher Motivationssysteme***

Der Autor geht davon aus, dass eine Verhaltensänderung und Einstellung der Mitarbeiter zur Qualität durch Belohnungen gesteuert werden kann. Beispielsweise kann ein qualitätsgerichtetes Belohnungssystem im Zusammenhang mit der Bezahlung der Mitarbeiter an die Organisations- und Qualitätsziele gekoppelt werden. Im Pflegebereich ist jedoch, aufgrund der begrenzten finanziellen Mittel, (in den meisten Fällen) nicht an solch eine gehaltsorientierte Belohnung zu denken. Hier greifen eher vom Träger finanzierte Weiterbildungen, kommunikative Belobigungen, eine mitarbeiterorientierte Dienstplangestaltung oder das Wohlbefinden und die Zufriedenheit der Bewohner als Motivationsförderungen.

#### ***Durchführung prozessorientierter Organisationsformen***

In bereichsübergreifenden Projekten, eine Neustrukturierung der Organisation durch eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung zu erlangen, beschreibt einen weiteren Schritt im TQM. Dafür wird folgende mehrstufige Vorgehensweise (siehe auch Abbildung 3-6) angewendet:

1. Schlüsselprozesse für die Bewohnerzufriedenheit identifizieren und definieren (anhand der Ergebnisse der Selbstbewertung oder des Benchmarkings)
2. Prozesse neu gestalten (durch Einsatz neuer Methoden und Konzepte, z. B. zur Verbesserung der Qualität des Essens für die Bewohner, Verringerung von Stürzen und Dekubitus, Verbesserung individueller Betreuungsangebote demente Bewohner)

3. Prozesse evaluieren (Evaluation der genannten Prozesse mit Blick auf die Qualitätszielerreichung, Effektivität oder Kosteneinsparung und die angewendeten Methoden und Konzepte, wie z. B. Einkauf hochwertiger und abwechslungsreicher Lebensmittel und schonende Zubereitung, Dokumentation und Kontrolle von Sturz- und Lagerungsprotokollen, Weiterbildung des Ergotherapeuten)
4. Prozesse sichern (Sicherung der Methoden und Konzepte zur Prozessgestaltung)

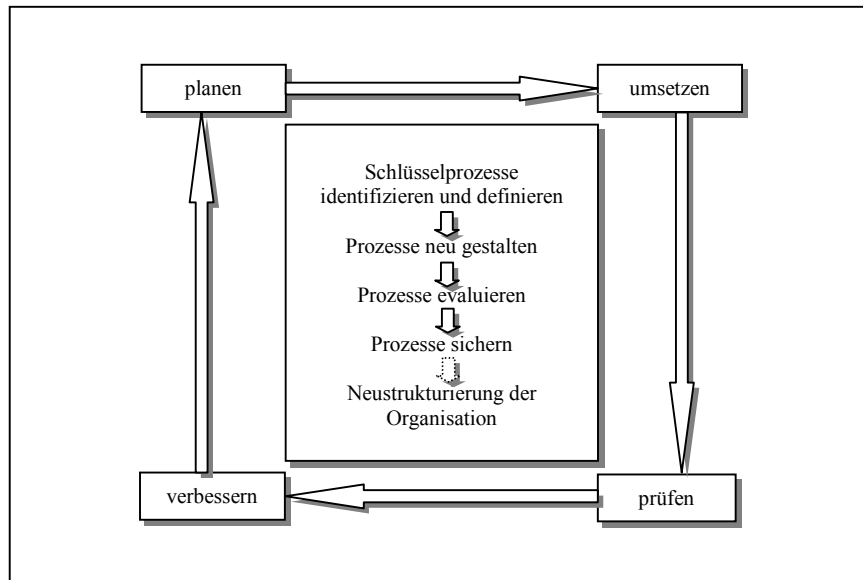


Abbildung 3-6: Zusammenhang Qualitätsregelkreis und Prozessorganisation

### ***Anpassung der Strukturorganisation im Sinne einer intensivierten Mitarbeiter- und Kundenorientierung***

Dieser Schritt bezieht sich auf eine Anpassung durch Dezentralisierung von Verantwortungsbereichen, d. h. von der PDL auf die WBL und Mitarbeiter, die somit die Umsetzung bewohnerorientierter Konzepte unterstützen. Dazu trägt ebenfalls eine Neustrukturierung der (Prozess-)Organisation durch flachere Hierarchien, neue Arbeitstrukturen und Personalentwicklung bei. Das erfordert eine Beteiligung aller Mitarbeiter am Qualitätsentwicklungs- und Einführungsprozess.

### ***Institutionelle Absicherung der Einführungsphase***

ZINK (1995) geht davon aus, dass der Qualitäts- und Organisationsentwicklungsprozess nur dann erfolgreich ist, wenn er in Begleitung und Beratung eines Organisations- bzw. Prozessberaters und anderer innerbetrieblicher Projektgruppen und Verantwortlicher, wie beispielsweise eines TQM-Beauftragten oder Qualitätsmanagers, initiiert und unterstützt wird (vgl. ebd., S. 85f.)

### ***Umgestaltung des Informations- und Berichtswesens***

Grundlage und Aspekte dieser Umgestaltung bilden transparente Unternehmensdaten, eine neue Stellung des Mitarbeiters im Pflegeprozess (im Sinne einer Neuausrichtung seiner Verantwortung für die Pflegequalität), Bewohnerzufriedenheit und Prozessorientierung, die mittels gängiger Methoden wie Zufriedenheitsumfragen, Benchmarking, Zeit- und Ressourcenpläne und Kundenbindung unterstützt werden können. Eine ausführliche Darstellung der Methoden und Instrumente sind bei ZINK (1995, S. 88f.) erfasst.

Weiterhin kann, wie bereits in den vorangegangenen Ausführungen zu den Qualitätsmanagementmodellen angedeutet, eine Kombination verschiedener Modelle und Ansätze in einer Organisation implementiert werden. Das wird nachfolgend anhand eines Schemas verdeutlicht (vgl. Abbildung 3-7).

Ausgehend von einer Einführung eines Qualitätsmanagements nach DIN EN ISO kann das Selbstbewertungssystem der EFQM einerseits als internes Evaluationsinstrument in der Implementierungsphase und andererseits als Bewertungssystem in der Verbesserungsphase zur Anwendung kommen. Der kontinuierliche Verbesserungsprozess dient in der Phase der Verbesserung (und Zertifizierung) als Ansatzpunkt für eine (Weiter-)Entwicklung des Qualitätsmanagements zu einem umfassenden Qualitätsmanagement im Sinne des TQM-Ansatzes. Eine Verbindung wird außerdem zwischen den Qualitätsmanagement-Modellen EFQM und dem TQM-Ansatz angenommen. Diese besteht darin, dass das EFQM-Modell auch eine Grundlage für eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung im Sinne eines TQM darstellt.

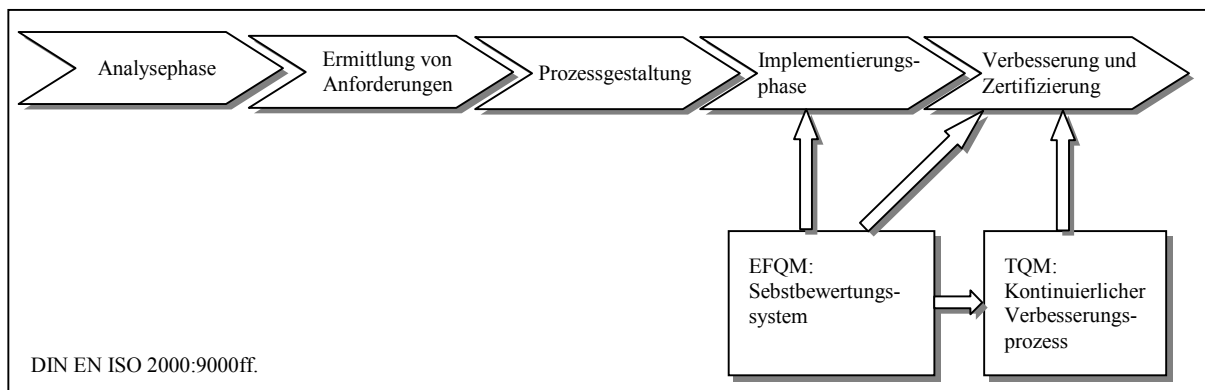


Abbildung 3-7: Zusammenhang der Qualitätsmanagement-Modelle

### 3.5.2 Kritische Anmerkungen zum TQM

Ein Vorteil des TQM besteht in der Einbeziehung aller Mitarbeiter in Entscheidungsprozesse der Organisation. Das kann wiederum dazu führen, dass die Mitarbeiter hinsichtlich eines umfassenden, ganzheitlichen Denkens, ausgerichtet auf die Bewohnerzufriedenheit, sensibilisiert werden. Als wertvoll ist dabei die Ausrichtung von Handlungsweisen der Mitarbeiter auf die Arbeitsabläufe und -prozesse in der Pflege zu bewerten, die sich nicht nur einseitig auf die Pflegeergebnisse und die Steigerung der Pflegequalität beziehen. Das bedeutet, dass durch die Ausrichtung auf die Bewohnerzufriedenheit im TQM die Existenz am Markt der Pflegedienstleister und auch der wirtschaftliche Erfolg einer Pflegeeinrichtung langfristig gesichert werden kann (vgl. PIRA 1999, S. 108).

Als Vorteil kann betrachtet werden, dass die Organisation, die ein TQM einführt, auf gewisse Erfahrungen im Zusammenhang mit einem bereits implementierten Veränderungsprozess durch ein Qualitätsmanagement zurückgreifen kann. Das betrifft insbesondere die Kommunikation und Informationsvermittlung, die Integration von Mitarbeitern in die Prozessgestaltung und die Ausrichtung der Organisations- und Qualitätsziele auf den Bewohner, aber auch die Durchführung und Evaluation von Qualitätsprojekten und kritischen Selbstbewertungen.

Als kritisch kann betrachtet werden, dass eine Veränderung der Verhaltens- und Denkweisen in Verbindung mit einer ganzheitlichen Bewohner-, Mitarbeiter- und Prozessorientierung nicht nur auf die Leitungskräfte abzielen sollte, sondern der Mitarbeiter die ausführende Rolle übernimmt und demzufolge umfassend informiert, sensibilisiert, motiviert und integriert werden muss. Dies erfordert eine Transparenz und Verantwortungsabgabe von Seiten der Leitung. In kleineren Pflegeeinrichtungen kann dies allerdings eine Herausforderung darstellen, da die Mitarbeiter durch knappe personelle und zeitliche Ressourcen selten Zeit für zusätzliche Aufgaben und Verantwortungen aufbringen können. Jedoch müssen nach PIRA (1999, S. 109) Methoden entwickelt werden, die Mitarbeiter durch Selbstverwirklichung und gesellschaftliche Akzeptanz zu motivieren. Das bedeutet, die gesellschaftliche Umwelt des Altenpflegeheims muss mit der Arbeit der Mitarbeiter vertraut gemacht werden, was sich allerdings angesichts des mit Vorurteilen behafteten Berufsbildes des Altenpflegers in der Gesellschaft als schwierig erweisen könnte.

### 3.5.3 Lernansätze und Lernhaltigkeit des TQM

Ausgehend von der Feststellung, dass die Einführung eines TQM in einer Organisation einen strukturellen und kulturellen Wandel<sup>16</sup> nach sich zieht (vgl. PIRA 1999, S. 111), soll nun auf die Lernhaltigkeit des TQM eingegangen werden. Der geplante Wandel<sup>17</sup> einer Organisation durch die Einführung eines TQM basiert auf dem Lernmodell des organisationalen Lernens. Dieses Lernmodell geht davon aus, dass Organisationen die Fähigkeit besitzen, sich anzupassen, zu entwickeln und zu lernen.<sup>18</sup> Dabei werden Werte, Einstellungen und Verhalten der Mitarbeiter durch Veränderungen der Organisationskultur und der Organisationsstruktur (Prozesse, Hierarchien, Verantwortlichkeiten) verändert und entwickelt (vgl. PIRA 1999, S. 115).

Dieser Lernansatz zur Qualitätsentwicklung im Pflege- und Gesundheitsbereich durch TQM (auf Basis des EFQM-Modells) wird ebenfalls bei den Autoren Zink (1995), RAIDL (2001) herausgestellt. Die Lernhaltigkeit kommt besonders in den Zielen des TQM und der OE zum Ausdruck: Durch eine ganzheitliche Mitarbeiter- und Prozessorientierung soll die Leistungsfähigkeit der Organisation durch Lernprozesse und Veränderungsmethoden, wie z. B. Top-down-Strategien zur Entwicklung von Konzepten und Problemlösungen, erhöht werden. Dabei handelt es sich um Techniken für strukturelle und kulturelle Veränderungen, die auf eine Kompetenzentwicklung der Mitarbeiter in einer Organisation zielen.<sup>19</sup> In Kapitel 3.6.5 werden diese Strategien bzw. Techniken, die auch als Qualitätstechniken

---

16 Die Grundlagen zum geplanten und ungeplanten Wandel und ihre Ausmaße und Modelle sollen an dieser Stelle nicht expliziert werden (vgl. STAEHLE 1994, LEVY/MERRY 1986, TÜRK 1989).

17 Der Geplante Wandel wird als bewusste Entscheidung einer Organisation zur Veränderung ihrer Arbeitsprozesse und Verfahren mit dem Ziel der Effizienzverbesserung erklärt (vgl. STAEHLE 1994, S. 849).

18 Als Grundmodelle des geplanten Wandels von Organisationen werden von TÜRK (1989, S.58ff.) Entwicklungsmodelle, Selektionsmodelle und Lernmodelle unterschieden.

19 PIRA (1999) führt im Rahmen seiner Forschung zum Einführungsprozess eines TQM im Spital dazu an, dass u. a. empirisch-rationale und normativ-reduktive Strategien eingesetzt werden können, um einen strukturellen und kulturellen Wandel der Organisation einzuleiten (vgl. ebd., S. 117). Der Autor bezieht sich in seinen Aussagen auf die Strategien zur Veränderung sozialer Systeme von CHIN/BENNE (1975) und die Ausführungen zur Unternehmenskultur von SCHEIN (1995).

(WITTIG 1994) oder Instrumente des Qualitätsmanagements (RAIDL 2001) bezeichnet werden, aufgeführt.

Ein weiterer Lernansatz des TQM kann in der Veränderung des Wissensbestandes der Mitarbeiter in einer Organisation gesehen werden. Darin wird, wie bereits oben ausgeführt, der Entwicklungsschritt der Organisation hin zu einer lernenden Organisation veranschaulicht. Dieser Lernansatz, der eine Informationsvermittlung zum Gegenstand hat, wird besonders an den Kerngedanken des TQM sichtbar: Die Qualitätsziele Kundenzufriedenheit, Mitarbeiterorientierung und Prozessorientierung sind durch Schulung und Ausbildung aller Mitarbeiter zu erreichen, um dadurch die wirtschaftliche Existenz der Organisation zu sichern (vgl. KAMISKE/BRAUER 1995, S. 244). Dabei kann die Erweiterung des Wissensbestandes der Mitglieder einer Organisation nach PAUTZKE (1989) als organisationales Lernen betrachtet werden.

In den Beschreibungen ZINKS (1995, S. 59ff.) wird ebenfalls deutlich, dass zur Umsetzung von Veränderungen in den Einstellungen und den Verhaltensweisen der Mitarbeiter Schulungen zu Fachkenntnissen und methodischen Kenntnissen durchgeführt werden müssen. Weiterhin ist es erforderlich, im Zusammenhang mit kommunikativen und sozialen Arbeitsformen, die Durchführung kritischer Prüfungen von Arbeitsprozessen und Ergebnissen zu vermitteln. Diese Maßnahmen sollen das Lernen und die Wissenserweiterung sowie eine individuelle Weiterentwicklung bei den Mitarbeitern anregen. In diesem Zusammenhang kann angenommen werden, dass die Lernprozesse im Rahmen der Qualitätsentwicklung durch TQM auf eine Entwicklung fachlicher, methodischer und sozialer Kompetenzen der Mitarbeiter zielen.

Zusammengefasst besteht die Lernhaltigkeit des TQM in einer starken Impulsfunktion für die Organisationsentwicklung und das organisationale Lernen. Durch die Ermöglichung sozialer Kommunikations- und Informationsprozesse, durch Informationsvermittlung im Rahmen spezieller fachlicher und methodischer Fortbildungen und Schulungen sowie durch spezielle Qualitätstechniken (z. B. Gruppenarbeitsformen in Projektgruppen und Teams zur Anwendung von Verfahren der Prozessanalyse, Problemanalyse und Problemlösung) können Organisationsentwicklung und organisationales Lernen initiiert werden.

### **3.6 Prozessmanagement als Lernansatz in der Qualitätsentwicklung?**

In den vorangegangenen Ausführungen, die Lernansätze und die Lernhaltigkeit der klassischen Qualitätsmanagement-Modelle/Ansätze behandeln, ist bereits deutlich geworden, dass die Organisationsentwicklung und die Lernende Organisation eine besondere Bedeutung in der Qualitätsentwicklung aufzeigen. Aus diesem Grund werden ihre Konzepte und Zusammenhänge in Kapitel 6 ausführlich erläutert.

Im Folgenden soll auf einen wesentlichen Aspekt der Qualitätsentwicklung näher eingegangen werden, die Prozessorientierung. Ihre systematische Anwendung wird auch als Prozessmanagement bezeichnet (vgl. NÖTZOLD 2002, S. 103). Was aber bedeuten die Begriffe „Prozess“, „Prozessorientierung“ und „Prozessmanagement“ und worin besteht der Lernansatz?



Ein Prozess wird von der DIN EN ISO 9000:2000 folgendermaßen definiert: „*Ein Prozess ist ein Satz von in Wechselbeziehungen stehenden Mitteln und Tätigkeiten, die Eingaben in Ergebnisse umgestalten.*“ (FÜERMANN/DAMMASCH 1997, S. 7). Vereinfacht kann ein Prozess mit einem Arbeitsablauf als eine Abfolge von Tätigkeiten beschrieben werden, die ein Ziel verfolgen und zu einem Ergebnis führen (vgl. NÖTZOLD 2002, S. 103). Dabei kann ein Prozess ebenfalls die „*Verwirklichung der Dienstleistung*“ (= die Durchführung) bezeichnen (KNOLL 2002a, S. 78).

Bezogen auf den Pflegebereich stellt demnach ein Prozess beispielsweise die Körperpflege eines Bewohners dar. Dieser besteht aus einzelnen Tätigkeiten, wie z. B. dem Waschen des Gesichts, der Mund- und Zahnpflege, dem Kämmen der Haare, dem Entkleiden des Oberkörpers, dem Waschen der Arme und Hände, des Oberkörpers, des Rückens, dem Ankleiden des Oberkörpers, dem Entkleiden des Unterkörpers, dem Waschen der Beine und Füße, des Intimbereichs und dem Ankleiden des Unterkörpers. Der Arbeitsablauf „Körperpflege“ verfolgt das Ziel, den Bewohner zu aktivieren oder zu beruhigen und eine persönliche, individuelle Sauberkeit und Pflege zu erreichen, mit dem Ergebnis eines Wohlbefindens für den Bewohner. Das heißt: Einerseits wird dieser Arbeitsablauf als Prozess bezeichnet und andererseits wird die Durchführung der Körperpflege (die Verrichtung der Einzeltätigkeiten) ebenfalls Prozess genannt.

Die Prozessorientierung einer Organisation kann als „*Grundhaltung verstanden werden, wobei das gesamte betriebliche Handeln als Kombination von Prozessen bzw. Prozessketten betrachtet wird.*“ (KAMISKE/BRAUER 1996, S. 55). Das bedeutet, in einem Altenpflegeheim werden die Arbeitsabläufe und Tätigkeiten prozessorientiert verrichtet, indem alle Mitarbeiter einbezogen und die Arbeitsabläufe auf die Wünsche und Anforderungen des Bewohners ausgerichtet werden. Hierin wird auch der Zusammenhang zum Qualitätsmanagement erkennbar, das u. a. auf eine Kunden- und Mitarbeiterorientierung ausgerichtet ist (vgl. Kapitel 1.2.2).

Das Prozessmanagement regelt die „funktionsbezogene Organisation“ (= Zuständigkeiten) und die „ablaufbezogene Organisation“ (= Durchführung) der Arbeitsabläufe und Tätigkeiten (Prozesse), indem festgelegt wird, welche (Pflege-)Aktivität wie ausgeführt wird (vgl. NÖTZOLD 2002, S. 104f.). Es umfasst dabei Maßnahmen der Planung, Organisation und Kontrolle mit Ausrichtung auf die Ziele und die Sicherstellung der Zielerreichung der Organisation.

Jede Dienstleistung im Pflegebereich wird in Prozesse untergliedert, die entweder nebeneinander oder nacheinander ablaufen können. Grundsätzlich stehen diese Prozesse vernetzt in Beziehung zueinander, d. h. ihre Ergebnisse werden für den Bewohner, den Mitarbeiter oder für externe Partner (Ärzte, Apotheken) angeboten. Demnach werden auch verschiedene Prozesskategorien unterschieden (vgl. NÖTZOLD 2002, S. 105-107):

- ~ Leitungsprozesse, auch als Führungs- und Managementprozesse bezeichnet, die sich an die Mitarbeiter richten (z. B. Prozesse der Personalplanung und -entwicklung, Finanzplanung und Unternehmensziele),
- ~ Geschäftsprozesse, auch als Kern- oder Schlüsselprozesse bezeichnet, die sich an die Bewohner richten (z. B. Leistungserbringung in der Pflege, Betreuung, medizinischen Versorgung, Pflegeprozessplanung und Pflegeevaluation),

Prozesse interdisziplinärer Abteilungen, wie beispielsweise Buchführung, Personal-, Materialbeschaffung und Abrechnungen.

Zu Veränderungen der Organisationsstrukturen kann es kommen, wenn die Prozesse kontrolliert, verbessert, evaluiert und neu organisiert werden. Wird das Prozessmanagement als eine Methode der Organisationsentwicklung aufgefasst, sollte es zukunftsorientiert, ablauforientiert, aktionsorientiert auf die Verbesserung der Pflegequalität, der Bewohnerzufriedenheit, der Mitarbeiterzufriedenheit und bereichsübergreifend bzw. interdisziplinär auf alle Prozesse in der Organisation ausgerichtet sein (vgl. MASING 1994, S. 51).

Die Lernhaltigkeit im Prozessmanagement besteht demzufolge darin, dass eine Organisation mit Hilfe des prozessorientierten Ansatzes organisiert und entwickelt werden kann. Wie bereits festgestellt, bedeutet dies, dass sich einerseits Abläufe, Strukturen und Tätigkeiten in der Organisation verändern und weiterentwickeln und andererseits der Wissensbestand der Mitarbeiter in der Organisation durch organisationales Lernen erweitert wird. Diese Entwicklung wird durch eine Kompetenzentwicklung der Mitarbeiter begleitet. Im Folgenden sollen einige Prozessmodelle zur Implementierung eines Prozessmanagements in der Organisation vorgestellt werden.

### **3.6.1 Das Prozessmodell nach DIN EN ISO 9001: 2000ff.**

Das Prozessmodell versucht, das *„interne prozessorientierte Qualitätsmanagementsystem in einer Organisation mit seinen Wechselbeziehungen und dem Zusammenwirken verschiedener Abläufe“* zu demonstrieren (WEIGERT 2004, S. 142). Von zentraler Bedeutung sind die ISO-Abschnitte der Normen 4.0 bis 8.0, die das Ziel einer Verbesserung der Leistungsfähigkeit einer Pflegeeinrichtung, unter dem Aspekt der Verbesserung und Aufrechterhaltung der Bewohnerzufriedenheit, haben. Im Mittelpunkt des Prozessmanagements steht die Steuerung und Funktion des Kernprozesses der Dienstleistungserbringung von Pflege, Betreuung und Versorgung durch die Heim- und Pflegedienstleitung der Einrichtung.

Die Prozesse werden anhand von Ablaufdiagrammen dargestellt, es werden Schnittstellen benannt und kritische Merkmale überprüft. Dabei sind bereits Überlegungen zur Verbesserung von Tätigkeiten und Abläufen anzustellen. Für die Umsetzung der Qualitätsverbesserungsprozesse sind Qualitätstechniken anzuwenden und die Mitarbeiter darin zu schulen. Zur Sicherstellung der Prozesse müssen diese in spezifischen Dokumentationsverfahren in Form von Verfahrensanweisungen (VA), Arbeitsanweisungen (AA), Pflegestandards im QM-Handbuch dokumentiert werden.

Die im Rahmen des Prozessmanagements erkannten Prozesse und Anforderungen, die an die Abläufe in der Pflegeeinrichtung gestellt werden, schaffen die Grundlage für die Implementierung eines Qualitätsmanagement nach der DIN EN ISO. Das Prozessmodell enthält fünf Prozessmanagement-Schritte zur Qualitätsentwicklung (vgl. WEIGERT 2004, S. 155-167).

### 1. Entwicklung einer Prozesslandschaft

In der Analysephase erfolgt die Erstellung eines Organigramms. Grundlage hierfür bilden die ermittelten internen und externen Qualitätsanforderungen, die Schnittstellen und Arbeitsbeziehungen sowie die identifizierten Verfahrens- und Versorgungsprozesse einer Pflegeeinrichtung.

### 2. Definition von Anforderungen an das Qualitätsmanagement

Im zweiten Schritt werden die Anforderungen konsequent und systematisch definiert und dokumentiert. Diese Definition erfolgt durch einen Soll-Ist-Abgleich der Anforderungen, durch das Erfassen von Korrekturmaßnahmen sowie anhand statistischer Methoden, immer im Hinblick auf die Verbesserung der Qualitätsanforderungen der Einrichtung.

### 3. Strukturierung und Festlegung von Prozessen und Prozessketten

In der Phase der Prozessstrukturierung werden zur Einleitung von Korrekturmaßnahmen die Anforderungen, Abläufe und Vorgänge gestaltet und als Basis für die Gliederung des QM-Handbuchs vorbereitet. Der Autor unterscheidet Kernprozesse, Führungs- und Managementprozesse und unterstützende Prozesse (vgl. WEIGERT 2004, S. 157). Ziel ist es, übergeordnete Prozesse in Teilprozesse oder einzelne Vorgänge und Abläufe zu übergeordneten Prozessen zusammenzufassen.

### 4. Zuordnung der Prozesse

In diesem Schritt werden die strukturierten Prozesse zu den Prozessen der Normanforderungen 4.0 bis 8.0 in Beziehung gesetzt und geordnet. Somit lässt sich überprüfen, inwieweit und nach welchen Prozessen der Pflegeeinrichtung die Normanforderungen realisiert worden sind.

### 5. Strukturierung des Systems zu einem Ganzen

Die Prozesse werden nun zu einem QM-System in die drei folgenden Prozesskategorien strukturiert, um das Qualitätsmanagement einzuführen.

Kern- und Ausführungsprozesse:

- ~ Vertragsabschluss, Aufnahmeprozess und Pflegeanamnese
- ~ Pflegeprozess
- ~ Betreuungs- und Versorgungsprozesse
- ~ Pflegevisite und Pflegeplanung
- ~ Auszug, Beendigung, Unterbrechung der Pflege

Führungs- und Managementprozesse:

- ~ Festlegung der Qualitätspolitik, der Qualitätsziele und der Kundenorientierung
- ~ Personalentwicklung, -planung
- ~ Informations- und Kommunikationsstrukturen
- ~ Schulung und Weiterbildung der Mitarbeiter

Unterstützungsprozesse:

- ~ Finanzcontrolling
- ~ Dokumentationsprozesse
- ~ Beschaffung und Lagerung
- ~ Wäscheversorgung
- ~ Reinigung
- ~ Speisenversorgung
- ~ Lagerung u. Umgang mit Medikamenten
- ~ Lagerung u. Umgang mit Lebensmitteln

Das Prozessmanagement sollte top-down implementiert werden, d. h. die Heimleitung muss nötige Voraussetzungen schaffen, Ressourcen für Schulungen und die Umsetzung der Veränderungen bereitstellen, Mitarbeiter motivieren und eine Vorbildfunktion ausüben (vgl. MASING 1994, S. 63).

### 3.6.2 Das Prozessmodell im EFQM-Modell

Das Prozessmodell des EFQM-Ansatzes wird durch das RADAR-Konzept bestimmt. Es unterstützt die Umsetzung des Qualitätsmanagements, angelehnt an den kontinuierlichen Verbesserungsprozess des TQM-Modells. Daneben stellt es die Beschreibung des Vorgehens für die Weiterentwicklung von Prozessen und Strukturen der Organisation dar und wird zur Selbstbewertung eingesetzt.

RADAR bedeutet:

- ~ Results (Ergebnisse: Trends, Ziele, Vergleiche, Ursachen)
- ~ Approach (Ansatz, Vorgehen: fundiert, integriert)
- ~ Deployment (Umsetzung: eingeführt, systematisch)
- ~ Assessment und Revue (Überprüfung und Bewertung: Messung, Lernen, Verbesserung).

Auf der Basis des RADAR-Konzeptes erfolgt die Bewertung der Stärken und Verbesserungspotentiale für die Befähigerkriterien und für die Ergebniskriterien. Die Einschätzung der Befähiger und Ergebnisse erfolgt mit Prozentwerten von 0% bis 100% nach den Merkmalen, wie sie in Abbildung 3-8 dargestellt sind (vgl. RADTKE/WILMES 2002, S. 111ff.).

Die Anwendung des Prozessmodells im EFQM-Modell bietet Prozesse und Prozessinhalte an, die zur Entwicklung einer lernenden Organisation führen können, wobei sich die Organisation im Hinblick auf ein TQM kontinuierlich entwickelt (vgl. NÖTZOLD 2002, S. 113).

<p><u>Approach - fundiert:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansatz und Vorgehen sind begründet</li> <li>• Klare Prozesse liegen vor</li> <li>• Vorgehen ist auf Interessen ausgerichtet</li> </ul> <p><u>Approach - integriert:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vorgehen und Ansätze unterstützen Politik und Strategie</li> <li>• zweckmäßige Verknüpfung mit anderen Vorgehensweisen</li> </ul>	<p><u>Ergebnisse - Trends:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• positive Trends und Leistung über längere Zeit liegen vor</li> </ul> <p><u>Ergebnisse - Ziele:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• angemessene Ziele vorhanden</li> <li>• Ziele werden erreicht</li> </ul> <p><u>Ergebnisse - Vergleiche:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Organisationsvergleiche finden statt und Ergebnisse fallen im Vergleich günstig aus</li> </ul> <p><u>Ergebnisse - Ursachen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ergebnisse sind ursächlich auf das Vorgehen zurückführbar</li> </ul>
<p><u>Deployment - eingeführt:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vorgehen ist eingeführt</li> </ul> <p><u>Deployment - systematisch:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vorgehen ist systematisch und strukturiert umgesetzt</li> </ul>	
<p><u>Assessment und Review - Messung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• regelmäßige Effektivitätsmessungen der Umsetzungen werden durchgeführt</li> </ul> <p><u>Assessment und Review - Lernen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• „Lernerorientierte Aktivitäten werden verwendet, um beste Praktiken und Verbesserungsmöglichkeiten zu identifizieren“</li> </ul> <p><u>Assessment und Review - Verbesserung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Analyse des Outputs der Messungen und lernerorientierten Aktivitäten</li> <li>• Verbesserungen identifizieren, priorisieren, planen und einführen</li> </ul>	

Abbildung 3-8: RADAR-Konzept des EFQM-Modells

### 3.6.3 Das Prozessmodell im TQM

Das Prozessmodell im TQM basiert auf dem Managementprogramm von DEMING (1986). Der Autor geht davon aus, dass sich die Prozessorientierung auf eine ständige Verbesserung des Produktionsprozesses bezieht und unter Einbezug aller Mitarbeiter im Mittelpunkt der Qualitätsentwicklung einer Organisation steht. Voraussetzung dafür ist, dass sich die Geschäftsführung klar zur Qualität und dem Qualitätsmanagement bekennt, da Änderungen in der Qualitätskultur nur vom Management gesteuert vorgenommen werden können (vgl. KAMISKE/BRAUER 1995, S. 30).

Die Bestandteile des Managementprogramms nach DEMING (1986) bilden u. a. die 14 Punkte der Managementprinzipien<sup>20</sup>, die eine Einführung und Durchführung des Prozessmanagements beschreiben, sowie der kontinuierliche Verbesserungsprozess (KVP), der nach seinem Urheber DEMING auch als PDCA-Zyklus oder Deming-Zyklus bezeichnet wird.

<sup>20</sup> Zu den 14 Punkten des Managementprogramms vgl. ausführlich DEMING (1986), KAMISKE/BRAUER (1995, S. 32f.), FÜERMANN/DAMMASCH (1996).

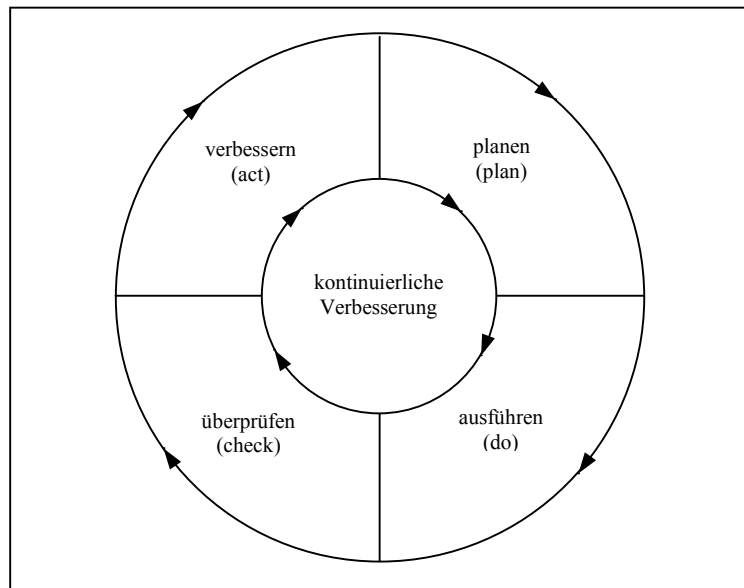


Abbildung 3-9: PDCA-Zyklus der ständigen Verbesserung (Quelle: DEMING 1986, S. 218)

Im Folgenden soll der kontinuierliche Verbesserungsprozess (KVP)<sup>21</sup> als Prozessmodell des TQM skizziert werden. Die kontinuierliche Verbesserung aller Prozesse einer Organisation wird im Zusammenhang mit dem Qualitätsmanagement als „*prozessorientierte Denkweise und [...] grundlegende Verhaltensweise im täglichen (Arbeits-) Leben*“ betrachtet (KAMISKE/BRAUER 1995, S. 216). Kontinuierliche Verbesserung basiert auf dem Verständnis, dass eine Qualitätsverbesserung einer langfristigen Sicherung des Erfolges der Organisation durch die Integration der Mitarbeiter und die Ausschöpfung ihrer Potentiale dient. Weiterhin stützt sich der KVP auf die Charakteristiken des Prozessmanagements und den so genannten PDCA-Zyklus (vgl. KAMISKE/BRAUER 1995, S. 217f.)

Charakteristiken des Prozessmanagements: (vgl. DEMING 1986 in KAMISKE/BRAUER 1995, S. 31):

- ~ Jede Tätigkeit stellt einen Prozess dar, der verbessert werden kann.
- ~ Problemlösungsstrategien allein genügen nicht, sondern es sind maßgebliche Veränderungen notwendig.
- ~ Die Geschäftsführung muss sich ebenso am Qualitätsmanagement beteiligen, die Delegation von Verantwortung an die Mitarbeiter ist nicht ausreichend.

Der Qualitätskreislauf wird ständig wiederholend durchlaufen. Dabei erfolgt die kontinuierliche Eingrenzung eines Problems bzw. Verbesserungspotentials der Organisation. Dieser Prozess kann als Methode der Fehlerbehebung und Problemlösung angewendet werden. Der Prozess hat keinen Anfangs- und Endpunkt und somit kann jeder Mitarbeiter einen Beitrag zur Qualitätsverbesserung leisten (vgl. Abbildung 3-9).

21 Dieser Begriff wird im Rahmen der Arbeit synonym mit den Begriffen Qualitätszyklus, Qualitätsregelkreis und Qualitätskreislauf verwendet. Die Grundlage dafür bilden die Schritte dieser Regelkreise, die auf den PDCA-Zyklus zurückgeführt werden können.

Zusammenfassend wird auf Basis der vorhergehenden Ausführung nachstehende Abbildung 3-10 erarbeitet, die die Verknüpfungen bzw. Verbindungen dieser Prozessmodelle in ihrer Anwendung im Qualitätsmanagement verdeutlicht.

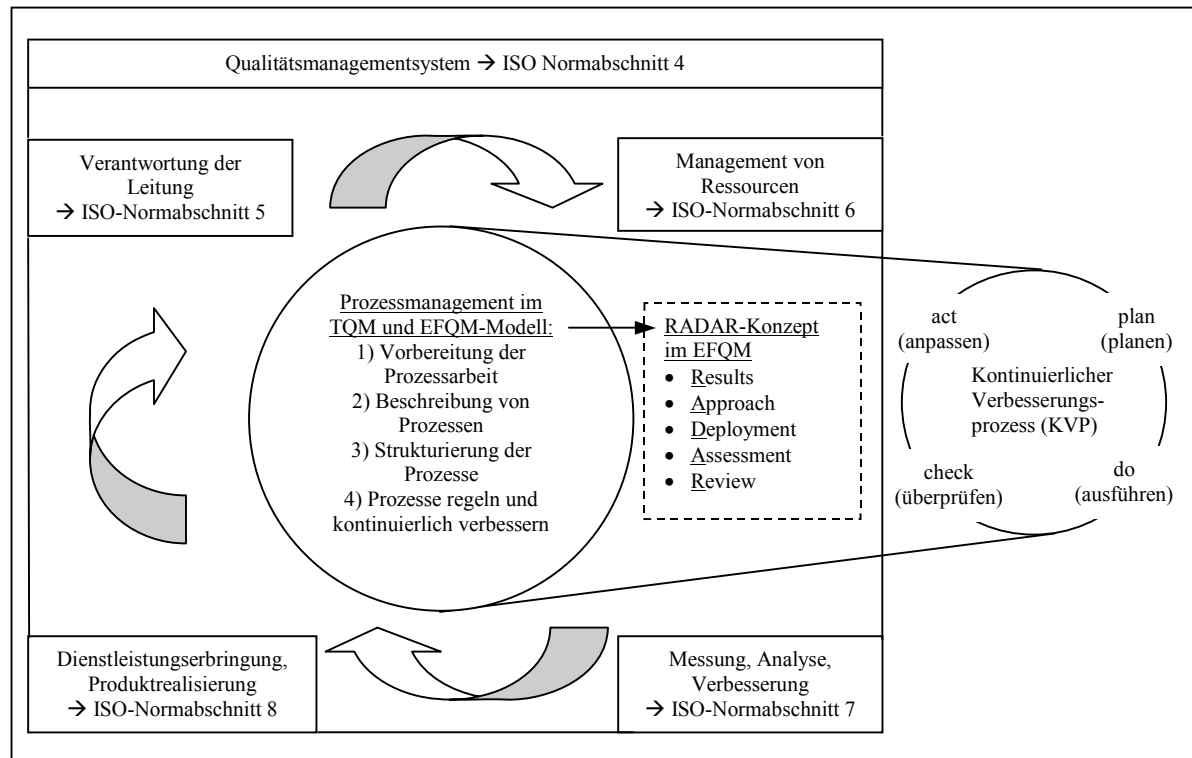


Abbildung 3-10: Zusammenhang der Prozessmodelle im Qualitätsmanagement

### 3.6.4 Arbeitsformen im Qualitätsmanagement

Die Einführung eines Qualitätsmanagements und der Prozess der Qualitätsentwicklung erfolgen im Rahmen spezifischer Projekte, Maßnahmen und Arbeitsaufgaben, die durch die Mitarbeiter der Organisation eingeführt und umgesetzt werden. Im Altenpflegebereich handelt es sich beispielsweise um die Entwicklung und Einführung von Pflegestandards, die Konzipierung und Umsetzung eines Beschwerdemanagements, die Einführung eines elektronischen Pflegedokumentationssystems oder die Einführung eines Medikationssystems. Diese Projekte oder Maßnahmen können unter Beteiligung der Mitarbeiter des Altenpflegeheims in Gruppen erarbeitet werden. Diese Arbeitsgruppen bzw. Teams von Mitarbeitern werden auch als Qualitätszirkel und Projektgruppen bezeichnet.

#### Qualitätszirkel und Projektgruppen

Allgemein handelt es sich um Arbeitsformen, in denen Gruppenarbeit stattfinden kann. Beide Gruppenarbeitsformen unterstützen den Bearbeitungsprozess eines Problems durch die Anwendung verschiedener Qualitätstechniken und Instrumente, die für die Arbeit in Qualitätszirkeln und Projektgruppen zusammengestellt wurden (vgl. auch Abschnitt 3.6.5).

Die im Folgenden näher betrachteten Qualitätszirkel und Projektgruppen bezeichnen Gruppenarbeitsformen, die insbesondere im Qualitätsentwicklungsprozess konstituiert werden. Sie verfolgen den Zweck, organisatorische und ablaufbezogene Probleme zu lösen

und dafür die Kreativität der Mitarbeiter zu nutzen, ihre Eigenverantwortung zu fördern und ihre Motivation zu steigern (vgl. RAIDL 2001, S. 114).

Ursprünglich stammt das Konzept der Qualitätszirkel von japanischen Unternehmen, die es in den 50er Jahren eingesetzt und weiterentwickelt haben. In den 70er Jahren wurde das Konzept der Qualitätszirkel in Amerika und später in Deutschland aufgegriffen. Der Erfolg der Qualitätszirkel in Japan geht darauf zurück, dass dieses Konzept fest in die Qualitätsentwicklung des Unternehmens eingebunden ist und die Aspekte Mitarbeiterorientierung, Prozessorientierung und Management der Ressourcen verfolgt. Dabei unterstützen die Mitarbeiter im Qualitätszirkel die Veränderungen, Verbesserungen und Innovation der Organisation (vgl. REUTER 1998, S. 22ff.; STROMBACH 1984, S. 4f.).

Qualitätszirkel dienen der Erarbeitung von Problemlösungen, sie unterstützen die Informationsverbreitung und Kommunikation der Mitarbeiter innerhalb und außerhalb der Arbeitsgruppe. Sie verhelfen den Mitarbeitern zur Entwicklung eines Verständnisses für die Arbeit und Projekte im Qualitätsmanagement. Sie verfolgen zudem das Ziel, die Arbeit in der Organisation durch Verbesserung von Arbeitsabläufen, Dienstleistungen und Produkten weiterzuentwickeln und umzusetzen (vgl. STROMBACH 1984, S. 6ff.). Qualitätszirkel finden im Qualitätsentwicklungsprozess regelmäßig und ohne begrenzte Verlaufs-dauer statt.

Folgende Merkmale werden Qualitätszirkeln zugeschrieben (vgl. DEPPE 1989, S. 42): Der Qualitätszirkel kennzeichnet eine

- ~ dauerhafte Kleingruppe
- ~ mit Mitarbeitern einer Hierarchieebene und gemeinsamen Erfahrungshintergründen,
- ~ die sich in regelmäßigen Abständen freiwillig treffen,
- ~ um Arbeitsthemen zu analysieren und
- ~ unter Anleitung eines Moderators
- ~ Problemlösungs- und Kreativitätstechniken
- ~ zur Erarbeitung, Präsentation und Umsetzung von Lösungsvorschlägen anwenden
- ~ und die Ergebnisse evaluieren und kontrollieren.

Anders als bei Qualitätszirkeln handelt es sich bei Projektgruppen um Teams von Mitarbeitern einer Einrichtung, die sich zu einigen Terminen treffen und Probleme, Themen, Aufgaben oder Maßnahmen bis zur Umsetzung und Fertigstellung bearbeiten und lösen. In Projektgruppen arbeiten oftmals interdisziplinär tätige Mitarbeiter oder Mitarbeiter verschiedener Bereiche zusammen. Diese Gruppen lösen sich nach der Beendigung der Maßnahme auf.

Von STROMBACH (1984) werden zudem Qualitätszirkelansätze beschrieben, die verschiedene Ziele hinsichtlich ihrer Einführung in die Organisation verfolgen. Der Autor zählt die Projektgruppen neben der Lernstatt und den Werkstattzirkeln zu untergeordneten Ansätzen des Qualitätszirkels. Dementsprechend verfolgt die Lernstatt mit den Merkmalen des Lernens in Arbeitsgruppen eine Informationsvermittlung und Integration neuer Mitarbeiter in die Organisation. Projektgruppen und Werkstattzirkel bearbeiten vorgegebene Themen unter einer strukturierten Arbeitsorganisation (vgl. ebd., S. 10).



### 3.6.5 Instrumente und Qualitätstechniken im Qualitätsmanagement

Die Mitarbeiter im Qualitätszirkel und den Projektgruppen können sich zur Bearbeitung ihrer Projekte, Maßnahmen und Themen besonderen Qualitätstechniken<sup>22</sup> bedienen. Dabei handelt es sich um Methoden, die durch ihre Anwendung neben der Entwicklung von Konzepten und Problemlösungen auch eine Erweiterung und Entwicklung der Kompetenzen der Mitarbeiter bewirken können, indem mehrere Mitarbeiter ihr Wissen bündeln und sich gegenseitig ergänzen.

Demnach ist es beispielsweise für die Einführung eines Qualitätsmanagements notwendig, für Bestandsaufnahmen der Abläufe und Tätigkeiten im Altenpflegeheim, für Befragungen von Pflegekräften und Bewohnern oder für die Auswertung bestimmter durchgeführter Maßnahmen (beispielsweise Mitarbeiterbefragung, Bewohner- und Angehörigenbefragung), Qualitätstechniken und Instrumente einzusetzen.

Ihre Funktionen werden darin gesehen, Mängel, Qualitätsdefizite und Stärken der Organisation zu erkennen und zu bewerten sowie die Mitarbeiter in den Prozess der Qualitätsentwicklung zu integrieren (vgl. RAIDL 2001, S. 86). Die Instrumente und Techniken, die in der Literatur erwähnt werden, sollen hier im Sinne eines Auszugs dargestellt werden (vgl. ausführlich RAIDL 2001, S.104f.; WITTIG 1994, S. 119f.; HAESKE-SEEGER 2001, S. 135f.).

Bei den in der einschlägigen Literatur vorgestellten Methoden handelt es sich zusammengefasst um Techniken, die sehr produktorientiert sowie auf Produktionsprozesse ausgerichtet sind. Pflegeeinrichtungen werden Organisationen der Dienstleistungserbringung zugeordnet, die sich zum Ziel setzen, Arbeitsabläufe und Tätigkeiten auf die Pflege und Betreuung der Bewohner und seine Bedürfnisse und Wünsche auszurichten. Die Prozesse sind unter ökonomischen und medizinisch-pflegewissenschaftlichen Gesichtspunkten zu strukturieren und zu organisieren. Pflege wird zwar oftmals als Produkt aufgefasst, jedoch wird in dieser Arbeit die Meinung vertreten, dass es sich bei der Pflege um einen individuellen (Handlungs-)Prozess handelt, dessen Ergebnis nicht durch produzierende Technik hergestellt wird. Aus diesem Grund werden die folgenden vier Methoden (FMEA, Taguchi, SPC und Shainin) in Pflegeeinrichtungen vermutlich keine Anwendung finden.

#### **Fehler-, Möglichkeiten- und Einflussanalyse (FMEA)**

Dies ist eine Technik, die Fehler in Produkten und im Prozess feststellt. Dabei werden mögliche Fehler hinsichtlich ihrer Auftretenswahrscheinlichkeit, Bedeutung und Entdeckung mit einer „Risiko-Prioritätszahl“ bewertet und beurteilt. Wird der Wert überschritten, müssen Gegenmaßnahmen unternommen werden, die nach einer erneuten Bewertung zu einer niedrigeren Risiko-Prioritätszahl führen.

#### **Statistische Versuchsplanung (Taguchi)**

Diese Methode führt durch eine Festlegung von Sollwerten von Einflussgrößen und Toleranzen zur Verbesserung von Produkten, die zu einem technologischen Konzept vervollständigt werden.

---

22 Im Folgenden werden die (Qualitäts-)Techniken auch als Methoden bezeichnet.

**Statistische Prozesslenkung (SPC)**

Diese Methode sichert die Qualitätsfähigkeit und Beherrschbarkeit von Prozessen anhand von Kennzahlen und Regelkarten.

**Prozessentwicklung (Shainin)**

Hierbei werden die wichtigsten Einflussgrößen im Qualitätsentwicklungsprozess ermittelt, dafür Sicherungen eingebaut, die Fehler nicht zulassen und beherrschbar machen.

Die acht anschließend vorgestellten Qualitätstechniken und Instrumente finden neben der Produktion auch in der Dienstleistung Anwendung und können demnach ebenfalls für Pflegeeinrichtungen als geeignet gelten. Sie sollen die Mitarbeiter, die insbesondere in den Qualitätszirkeln und Projektgruppen tätig sind, in der Erarbeitung von Problemlösungen und Ergebnissen unterstützen.

**Qualitätssicherungsaufgaben**

Begonnen wird mit der Ermittlung der Bewohnerwünsche, der Anforderungen des Gesetzgebers und den Qualitätszielen, die in kundenkritische Qualitätsmerkmale anhand des Prozessmanagements und anderer Methoden (z. B. Selbstbewertung, Benchmarking) umgesetzt werden. Dabei werden die Informationen über die Dienstleistungen und Prozesse Prüfungen unterzogen und beobachtet, um neue Hinweise für ihre Weiterentwicklung zu erhalten.

**Sicherung kundenkritischer Qualitätsmerkmale**

Hierbei werden Bewohner- und Einrichtungsanforderungen sowie Forderungen des Gesetzgebers analysiert und in Qualitätsmerkmale umgewandelt, die durch Qualitätsverbesserungsprozesse gesichert werden.

**Methode Befragung und Beobachtung**

Befragungen wie Mitarbeiter- und Bewohnerbefragungen oder Befragung externer Kunden sowie Beobachtungen von Bewohnern sind den empirischen Forschungsmethoden zuzuordnen. Die Befragungen können mittels der Instrumente Fragebögen oder Interviews durchgeführt werden. Beobachtungen können z. B. unstrukturiert im täglichen Arbeitsablauf wahrgenommen werden. Sie unterstützen den Prozess der Datensammlung von Qualitätsdefiziten und werden mittels qualitativer oder quantitativer Auswertungsmethoden analysiert und bewertet.

**Brainstorming**

Diese Methode dient der Sammlung von Ideen und Gedanken zu einem bestimmten Thema.

**Nominale Gruppentechnik**

Die Nominale Gruppentechnik unterstützt die Ordnung und Priorisierung der gesammelten Ideen anhand eines Koordinatensystems und einer Wichtung durch die Teilnehmer.

**Prozessanalyse**

Die Prozessanalyse zeigt visuelle Abläufe und Schnittstellen anhand von Flussdiagrammen auf.

**Ursache-Wirkungs-Analyse (Ishikawa)**

Diese Analyse bedient sich des Instruments „Ursache-Wirkungs-Diagramm“, um Problemursachen im Prozess anhand eines „Fischgrätendiagramms“ zu ermitteln und beeinflussende Faktoren eines Prozesses oder Problems zu veranschaulichen.

**Paretoanalyse**

Die Basis der Paretoanalyse bildet die Annahme, dass 80% der Probleme von 20% der Ursachen stammen, diese Ursachen gilt es zu ermitteln. Als Instrumente kommen zum Einsatz:

- ~ Histogramme: Sie stellen Häufigkeiten beispielsweise durch Balken- oder Kreisdiagramme dar.
- ~ Pareto-Diagramme: Sie ergänzen die Häufigkeiten durch kumulierte Darstellung der wichtigsten Probleme und verdeutlichen, dass 20% der Probleme gelöst werden sollen, um 80% der Bewohner und Mitarbeiter zufrieden zu stellen.
- ~ Streudiagramme: Sie zeigen durch Punktangaben anschaulich die Entfernung von Ausreißern zum Durchschnitt auf.

### 3.7 Zusammenfassung

In Kapitel 3 der Arbeit wurden verschiedene QM-Modelle und -Ansätze im Gesundheits- und Pflegebereich vorgestellt und die klassischen QM-Modelle mit ihren Einführungsschritten erläutert. Zusammenfassend kann dazu angeführt werden, dass die Einführung der vorgestellten QM-Modelle und -Ansätze (DIN EN ISO, EFQM, TQM) in ihren Grundstrukturen in ähnlichen Phasen und Schritten verlaufen.

Grundsätzlich erfolgt vor Beginn der Planung einer QM-Einführung die Entscheidung für ein Modell oder einen Ansatz der Qualitätsentwicklung. Dieser wird in Einrichtungen des Gesundheits- und Pflegebereichs nicht selten von den Trägern oder Verbänden der Einrichtungen vorgegeben und in den einzelnen Häusern entsprechend eingeführt. Das bedeutet, dass die Auseinandersetzung und der Vergleich von Vor- und Nachteilen verschiedener QM-Modelle wegfallen und somit ein Schritt in der Einführung, genauer gesagt die Identifizierung mit dem vorgegebenen Modell oder Ansatz, entfallen.

Die darauf folgende Phase ist durch die Information der Mitarbeiter von Seiten der Leitung und des Managements gekennzeichnet. Information bedeutet in den drei klassischen Modellen/Ansätzen, die Mitarbeiter zu engagieren und Akzeptanz für das Vorhaben zu erlangen. Jedoch kann hier kritisch festgestellt werden, dass eine gelungene Überzeugung der Mitarbeiter vom einzuführenden Modell ohne eine Identifikation erschwert wird und nicht selten die Verantwortung der Leitung für die Einführung und Information der Mitarbeiter an den QM-Beauftragten übertragen wird. Die Information der Mitarbeiter zum Vorhaben erfolgt, indem sich die Leitung auf den Träger oder den Verband beruft, der ein Qualitätsmanagement vorgibt, das ab einem bestimmten Zeitpunkt eingeführt werden muss.

Wenn der Qualitätsmanagementbeauftragte nicht bereits festgelegt und geschult wurde, geschieht dies im folgenden Schritt. Weiterhin werden nun ein Qualitätszirkel gegründet und Mitarbeiter gesucht, die daran teilnehmen und den Qualitätsentwicklungsprozess

mitgestalten und umsetzen möchten. In der Phase der Analyse von Stärken und Schwächen bzw. Verbesserungspotentialen werden im Qualitätszirkel Maßnahmen und Probleme zusammengestellt, die später in einzelnen Projekten konzipiert werden. Im Rahmen des EFQM findet hier die Selbstbewertung statt. Es wird in allen drei Modellen/Ansätzen ein Konzept erstellt, das die einzelnen zu verbessernden Maßnahmen enthält.

Nach der Konzepterstellung erfolgt nun der eigentliche Prozess der Implementierung einzelner kleiner Projekte und Maßnahmen, die in den darauf folgenden Schritten geplant, konzipiert und durchgeführt werden. Im Anschluss an die Einführung beispielsweise eines neuen Beschwerdesystems oder eines neuen Medikamentenbestellsystems erfolgt die Evaluation der Maßnahme. In dieser Phase der Implementierung wird in den QM-Modellen DIN EN ISO und EFQM das QM-Handbuch erstellt. An diese Phase schließt sich möglicherweise eine Zertifizierung oder eine erneute Selbstbewertung des EFQM und die Überarbeitung und Verbesserung einzelner Projekte und Maßnahmen (z. B. im TQM) an.

Die von den unterschiedlichen Autoren beschriebenen Einführungsprozesse eines Qualitätsmanagement stellen idealtypische Vorgänge dar, die in den meisten Einrichtungen so nicht nachvollzogen werden können. Typischerweise erfolgt die Einführung eines Qualitätsmanagements und die Qualitätsentwicklung im Gesundheits- und Pflegebereich aufgrund gesetzlicher Vorgaben (vgl. Kapitel 2.2) und auf Nachdruck des Trägers oder Verbandes, der die Umsetzung der gesetzlichen Anforderungen nachweisen muss.

Einen weiteren Schwerpunkt dieses Kapitels stellte die Diskussion der Lernansätze und Lernhaltigkeit der DIN EN ISO, des EFQM und des TQM dar. Dazu kann zusammenfassend abgeleitet werden, dass sich die Lernansätze auf ein individuelles Lernen des Mitarbeiters und auf das organisationale Lernen beziehen.

Im Qualitätsmanagement der DIN EN ISO kristallisiert sich das individuelle Lernen heraus, dass auf die Informationsvermittlung durch Schulungsmaßnahmen, Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter ausgerichtet ist. Jedoch ist in diesem Kontext ein Lernansatz des Modells im Sinne einer individuellen Kompetenzentwicklung vermutlich eher bei den Führungskräften und dem QM-Beauftragten feststellbar. Die Ermittlung der Leistungsfähigkeiten und Ressourcen des einzelnen Mitarbeiters in der Organisation ist vorrangig auf die Bewohner-/Patientenzufriedenheit und eine bestmögliche Ablaufgestaltung ausgerichtet, nicht aber auf eine Entwicklung und Erweiterung der Kompetenzen des Mitarbeiters durch das Qualitätsmanagement.

Die Lernhaltigkeit und Lernansätze im EFQM-Modell und im TQM-Ansatz sind auf die Kompetenzerweiterung des einzelnen Mitarbeiters und somit auf das individuelle Lernen ausgerichtet. Der Mitarbeiter wird durch soziale Kommunikations- und Informationsprozesse, durch eine Informationsvermittlung im Rahmen spezieller fachlicher und methodischer Fortbildungen und Schulungen sowie durch spezielle Qualitätstechniken in seiner individuellen Entwicklung unterstützt. Im Rahmen dieser individuellen Kompetenzentwicklung ist es außerdem den Organisationen möglich, ihren Wissensbestand zu erweitern und sich im Sinne einer lernenden Organisation weiterzuentwickeln. Also kann im EFQM-Modell und im TQM-Ansatz auch der Lernansatz des organisationalen Lernens festgestellt

werden. Auf das organisationale Lernen und die Aspekte der Qualitätsentwicklung in lernenden Organisationen wird in Kapitel 6 ausführlicher Bezug genommen.

In Kapitel 3 ist deutlich geworden, dass der Mitarbeiter eine entscheidende Funktion in der Qualitätsentwicklung einnimmt und die Einführung eines Qualitätsmanagements sowie die Konzeption, Umsetzung und Evaluation einzelner Projekte und Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung in einer Organisation im Gesundheits- und Pflegebereich maßgeblich durch die Pflegekräfte erfolgt. Aus diesem Grund wird im folgenden Kapitel die Rolle und Funktion der Mitarbeiter im Qualitätsmanagement von Pflegeeinrichtungen dargestellt und insbesondere auf die Mitarbeiterentwicklung als einen Aspekt der Qualitätsentwicklung eingegangen.

## 4 Der Mitarbeiter im Qualitätsmanagement von Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen

In den vorangegangenen Kapiteln wurde dargestellt, wie ein Qualitätsmanagement in eine Pflegeeinrichtung eingeführt wird. Dabei wurde ersichtlich, dass die Qualitätsentwicklung projekt- und prozessorientiert erfolgt, indem in einzelnen kleinen Teilprojekten Aufgaben, Probleme und Projekte bearbeitet werden.

Die Mitarbeiter, die diese Aufgaben und Problemstellungen bearbeiten, organisieren sich in Arbeitsgruppen, wie Projektgruppen und Qualitätszirkeln. Dabei können mehrere Mitarbeiter ihr Wissen zu einem speziellen Problem zusammentragen und sich gegenseitig ergänzen, um ein Ergebnis zu erzielen. Die Gruppenarbeitsformen wirken sich nach Aussagen RAIDLS (2001) vorteilig auf die Motivation der Mitarbeiter, auf eine Kreativitätsförderung und auf eine Förderung von Eigenverantwortung aus. Weiterhin kann von der Autorin eine höhere Transparenz von Abläufen, Problemen und Fehlern aufgrund der Teamarbeit mehrerer Mitarbeiter an einem speziellen Projekt festgestellt werden (vgl. ebd., S. 114).

Die Qualitätsentwicklung erfährt durch die Beteiligung der Mitarbeiter initiative Impulse, existierende Arbeitsabläufe und Strukturen in der Organisation zu verändern und zu verbessern. Die Mitarbeiter gestalten somit aktiv ihre eigenen Arbeitsbedingungen und können eine Entwicklung der Organisation bewirken und mitgestalten. Dabei zielt eine Qualitätsentwicklung im Pflegebereich möglicherweise auf die Umgestaltung von Prozessen zur Einbeziehung der Bewohner in die Alltagsgestaltung, auf Konzepte zur Integration der Angehörigen in die Pflegeplanung oder auf die Gestaltung der Lernprozesse zur Vermittlung von Kenntnissen zur elektronischen Pflegedokumentation.

### 4.1 Mitarbeiterorientierung und Mitarbeiterentwicklung

In Einrichtungen der Altenhilfe sind es die Pflegekräfte, die am Bewohner/Patienten (als so genannte Kunden) Dienstleistungen und Pflegequalität erbringen. Die Mitarbeiter stehen im direkten Kontakt zum Bewohner/Patienten durch tägliche Aufgaben und Anforderungen an die Pflege, Betreuung und Beziehungsarbeit. Demnach kann auch die Aussage EVERSHEIMS (1997), dass die Qualität der Dienstleistung im hohen Maße von der Beziehung der Mitarbeiter zum Kunden abhängig ist, auch für Pflegeeinrichtungen angenommen werden (vgl. ebd., S. 70).

Im EFQM stellt Mitarbeiterentwicklung ein Grundkonzept und ein Befähigerkriterium dar. Dieses Konzept soll die Mitarbeiter durch Weiterentwicklung und Beteiligung an der Qualitätsentwicklung integrieren und fördern. Im TQM unterstützt die Mitarbeiterorientierung als Bestandteil des TQM die umfassende Qualitätsentwicklung. Im Qualitätsmanagement der DIN EN ISO wird dieser Aspekt nicht ausdrücklich hervorgehoben und kann demnach auch als Kritikpunkt dieses Modells aufgefasst werden.

Die Mitarbeiterorientierung bezieht sich auf die optimale Nutzung des Potentials der Mitarbeiter, um dieses für die Qualitätsentwicklung einzusetzen. Unter Mitarbeiterorientierung wird auch verstanden, dass der Mitarbeiter als bedeutsames Problemlösungs- und Kreativitätspotential betrachtet und behandelt werden sollte. Somit ist das Ziel der Mitarbeiterorientierung die Motivation und Nutzung des Wissens und der Fähigkeiten des Mitarbeiters im Hinblick auf die ständige Verbesserung der Produktions- und Qualitätsprozesse (vgl. KAMISKE/BRAUER 1995, S. 110).

Anhand dieser Aussagen könnte angenommen werden, dass die Mitarbeiter für die Organisation „benutzt“ werden. Aber die Mitarbeiterorientierung bezieht sich konkret auf die Förderung des Mitarbeiters, indem er in die Qualitätsentwicklung einbezogen sowie fachlich und individuell gefördert wird. Anhand der folgenden Kennzeichen der Mitarbeiterorientierung wird dies deutlich (nach WEIGERT 2004, S. 251):

- ~ Die Ressourcen der Mitarbeiter werden geplant und verbessert (Personalentwicklung).
- ~ Das Wissen und die Kompetenzen der Mitarbeiter werden ermittelt. Durch Personalplanung, -auswahl und -entwicklung sollen die Kompetenzen und Fähigkeiten der Mitarbeiter erweitert werden.
- ~ Die Mitarbeiter werden einbezogen und zu selbständigem Handeln beauftragt.
- ~ Die Mitarbeiter arbeiten zusammen mit der Führung im Team und werden in die Qualitätsentwicklung einbezogen.
- ~ Die Mitarbeiter werden belohnt, anerkannt und betreut.
- ~ Die Kommunikation verläuft hierarchieunabhängig vertikal und horizontal.

Da die Pflege und Betreuung im Altenpflegeheim durch eine Interaktion zwischen Mitarbeitern und Bewohnern gekennzeichnet ist, die unter Anwesenheit und Beteiligung von beiden Seiten erbracht wird, bestimmt die Interaktion die Qualität des Prozesses und die des Pflegeergebnisses. Demzufolge kann weiterhin angenommen werden, dass die Mitarbeiterorientierung im Pflegebereich eng mit der Bewohner-/Patientenorientierung verbunden ist (vgl. BÜSSING/GLASER 2003, S. 224).

WITTIG (1994) geht davon aus, dass für die Beteiligung und Integration der Mitarbeiter an der Einführung eines Qualitätsmanagements und am Qualitätsentwicklungsprozess ihre Zufriedenheit relevant ist (vgl. ebd., S. 105). Folglich stellt die Mitarbeiterzufriedenheit einen Schwerpunkt der Mitarbeiterorientierung dar: *„zufriedene Mitarbeiter, die fähig und bereit sind, den Qualitätsprozeß zu verstehen, zu entwickeln und laufend zu optimieren“* (WITTIG 1994, S. 107).

VIETHEN (1995) schreibt den Mitarbeitern im Krankenhaus eine Funktion als „Schlüsselemente“ in der Qualitätsentwicklung zu (vgl. ebd., S. 75). Der Autor bezieht sich in seinen Aussagen insbesondere auf die Struktur- und Prozessqualität in der stationären Versorgung. Da jedoch ein Ergebnis der Pflege, Betreuung und Versorgung von Patienten und Bewohnern in ihrem Wohlbefinden, ihrer Zufriedenheit, ihrer Genesung und in der Linderung ihrer Schmerzen zu sehen ist, muss die Aussage VIETHENS erweitert werden: Die Mitarbeiter gestalten und beeinflussen mit ihrer Arbeit gleichermaßen die Ergebnisqualität.

Wie kann eine Mitarbeiterzufriedenheit in Einrichtungen der Altenpflege erreicht werden? Einerseits werden dafür die Aspekte Motivation und Qualifikation angegeben, die Aufgaben des Personalmanagements im Sinne der Mitarbeiterentwicklung darstellen und einen Indikator für die Qualität der pflegerischen Handlungen ausmachen (vgl. EVERSHEIM 1997, S. 71). Andererseits wird die Mitarbeiterzufriedenheit in einem engen Zusammenhang mit der Bewohner- bzw. Patientenzufriedenheit gesehen, die ebenfalls einen Indikator für die Qualität im Gesundheits- und Pflegebereich kennzeichnet. Demnach kann angenommen werden, dass sich die Zufriedenheit der Mitarbeiter auf die Zufriedenheit der Bewohner und Patienten auswirkt. Dies wird auf das Verhalten der Mitarbeiter in der direkten Interaktion mit dem Bewohner/Patienten zurückgeführt, wobei der Mitarbeiter Handlungen anwendet, die den Bewohner zufrieden stellen<sup>23</sup> (vgl. NERDINGER 2003, S. 180). Im Altenpflegebereich könnten diese Handlungen oder Tätigkeiten der Mitarbeiter beispielsweise in der Kommunikation, der Fürsorglichkeit oder dem Erfüllen individueller Wünsche der Bewohner gesehen werden.

Die Mitarbeiterzufriedenheit und die Bewohner- bzw. Patientenzufriedenheit wird anhand der Bewertung der Bedürfnisse und Erwartungen der Mitarbeiter bzw. Bewohner/Patienten gemessen. Diese Bewertung erfolgt jeweils aus Sicht der Mitarbeiter beispielsweise durch Umfragen, Diskussionsgruppen, innerbetriebliches Vorschlagswesen, Beurteilungs- oder Fördergespräche oder durch die Entwicklung von Leistungsindikatoren und Kennzahlen zur Beschreibung der Mitarbeiterzufriedenheit. Die Bewertung der Zufriedenheit von Bewohnern und Patienten erfolgt mehrheitlich durch schriftliche oder mündliche Befragungen dieser Personengruppen. BÜSSING/GLASER (2003) kritisieren die gängigen Zufriedenheitsbefragungen von Mitarbeitern und Patienten hinsichtlich fehlender konzeptueller Theorien und fehlender Nachweise methodischer Güte. Oftmals werden die Ergebnisse der Befragungen von Mitarbeitern und Patienten nicht miteinander verglichen. Dieser Aspekt wird von den Autoren auch auf einen ungleichen Bewertungsgegenstand und verschiedene Bewertungsskalen zurückgeführt (vgl. ebd., S. 225).

Da anzunehmen ist, dass die Interaktion zwischen Pflegekraft und Bewohner/Patient unter Beteiligung beider Individuen die Qualität der Pflege und Betreuung mitbestimmt und beeinflusst, fordern die Autoren zu Recht eine integrierte Mitarbeiter- und Bewohnerorientierung bzw. Mitarbeiter- und Bewohnerzufriedenheit hinsichtlich ihrer Bewertung im Sinne der erbrachten Qualität in der Pflege, Betreuung und Versorgung (vgl. BÜSSING/GLASER 2003, S. 226).

## **4.2 Ansätze der Mitarbeiterentwicklung in Pflegeeinrichtungen**

Jede organisationale Veränderung und Entwicklung benötigt die Mitarbeiter, die in der Organisation tätig sind. In diesem Zusammenhang wird auch von Mitarbeiterpotentialen und deren Nutzung im Rahmen der Mitarbeiterentwicklung gesprochen (vgl. z. B. KAMISKE/BRAUER 1995). Tatsächlich wird damit einerseits die berufliche Weiterbildung

---

23 Der Autor benutzt in seinen Ausführungen die Begriffe Kunde und Kundenzufriedenheit.



im Sinne eines lernenden Individuums angesprochen, das neues Wissen in den Arbeitsprozess einbringt. Andererseits ist damit auch die Motivierung und Mobilisierung der Mitarbeiter, die von Beginn der Einführung eines Qualitätsmanagements in die Planung und Durchführung einbezogen werden, gemeint (vgl. auch DYBOWSKI/HAASE/ RAUNER 1993).

Dieses Einbeziehen der Mitarbeiter wird häufig in der Literatur nur aus der Perspektive des Managements betrachtet, wobei es ein unerlässliches Mittel bei der Implementierung eines Qualitätsmanagement ist, den Mitarbeiter zu schulen und zu qualifizieren (vgl. z. B. KAMISKE/BRAUER 1995, WEIGERT 2004, WITTIG 1994, VIETHEN 1995). Dem kann grundsätzlich zugestimmt werden, aber es sollte der Schulung und der Qualifizierung der Mitarbeiter eine erweiterte Aufmerksamkeit beigemessen werden, die im Sinne einer zielgerichteten Personalentwicklung auf die Anforderungen und das Lernen im Qualitätsentwicklungsprozess ausgerichtet ist.

Dementsprechend sollten neben der Erfassung der Potentiale des Mitarbeiters auch die notwendigen Lernanforderungen und organisationalen Bedingungen berücksichtigt werden, die für eine Mitarbeiterentwicklung im Qualitätsmanagement notwendig sind. Aber gerade die Erfassung der Kompetenzen und Potentiale der Mitarbeiter birgt gewisse Problematiken, die von STAUDT/KRÖLL/VON HÖREN (1993) im Zusammenhang mit der Personalentwicklung und betrieblichen Innovationen erläutert werden. So ist zum Beispiel das Ermitteln und Bewerten beruflicher Kompetenzen aufgrund der subjektiven Einschätzung von Vorgesetzten, einer schwierigen visuellen und verbalen Abgrenzbarkeit der Kompetenzen sowie mangelhafter Ermittlungsverfahren nicht immer adäquat (vgl. ebd., S.37ff.). Die Bestimmung von Lern- und Qualifikationsanforderungen ist ebenfalls nicht unproblematisch, wenn sie nicht die strukturellen, organisatorischen und markttypischen Veränderungsprozesse berücksichtigt.

Vor dem Hintergrund eines notwendigen erweiterten Verständnisses der Mitarbeiterentwicklung, das eben nicht nur aus der Perspektive des Managements auf Informationsvermittlung ausgerichtet sein sollte, sondern den Mitarbeiter als gesamte Persönlichkeit im Hinblick auf individuelle Lernanforderungen und Kompetenzentwicklung in den Qualitätsentwicklungsprozess einbeziehen und außerdem die angesprochenen Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der Erfassung der Kompetenzen und Potenziale der Mitarbeiter berücksichtigen sollte, werden die folgenden Ansätze angeführt: Als Ausgangspunkt sollte die folgende Frage gestellt werden: „Welche qualitativen und organisationalen Veränderungen/Entwicklungen können mit den vorhandenen und zu entwickelnden Kompetenzen der Mitarbeiter und der Organisation umgesetzt werden?“ Weiterhin sollte sich das Management Fragen über das Vorhandensein von genutzten und ungenutzten Kompetenzen der Mitarbeiter stellen. Das Management sollte sich ebenfalls darüber informieren, über welche Interessen und Bedürfnisse die Mitarbeiter verfügen, um bestimmte Kompetenzen zu erlangen.

Unter Anbetracht der Feststellungen, dass Qualitätsentwicklung nur durch die Beteiligung der Mitarbeiter an den Veränderungen stattfinden sollte bzw. möglich wird und in diesem Kontext individuelle Kompetenzentwicklung und auch organisationales Lernen erreicht werden kann, ist es notwendig, auch die nachstehenden Aspekte und Fragen im Zusam-

menhang mit einer auf Lernen und individuelle Kompetenzentwicklung ausgerichteten Mitarbeiterentwicklung zu klären: „Welche organisatorischen Abläufe können mit den vorhandenen Kompetenzen und Potentialen der Mitarbeiter hinsichtlich der Ziele des Qualitätsmanagements zweckmäßig gestaltet werden?“ „Welche Verfahren zur Umsetzung der Ziele sind zweckmäßig, effektiv und effizient?“

Aus diesen Vorüberlegungen lassen sich zielgerichtete, mitarbeiterorientierte Ansätze und Bedarfe für Schulungen und Weiterbildung im Rahmen der Einführung eines Qualitätsmanagements sowie Lernanforderungen für die Entwicklung der Mitarbeiter ableiten. Mitarbeiterorientierung und -entwicklung kann somit als ein grundständiger Kernaspekt für Qualitätsentwicklung sowie für die Entwicklung einer Organisation angenommen werden. Dieser Aspekt sollte nicht vernachlässigt werden, da ein Zusammenhang zwischen Mitarbeiterzufriedenheit und Kundenzufriedenheit besteht (vgl. NERDINGER 2003, S. 180; BÜSSING/GLASER 2003, S. 226). Dabei wird die Motivation der Mitarbeiter und somit ihre Zufriedenheit durch Information, Kommunikation, aktives Beteiligen der Mitarbeiter an Qualitätsprozessen sowie durch Belohnungs- und Anerkennungsstrategien gefördert (vgl. auch 4.1). Nach diesen einleitenden Überlegungen soll der Frage nachgegangen werden, welche Ansätze der Mitarbeiterentwicklung in Pflegeeinrichtungen verfolgt werden.

Die Mitarbeiterentwicklung in Pflegeeinrichtungen wird als Thema der Leitung und des Personalmanagements betrachtet. Diese setzen sich zum Ziel, erforderliche Bildungsmaßnahmen (Ausbildung, Fort- und Weiterbildung) der Mitarbeiter zu initiieren und die Qualifikation der Mitarbeiter zu bewerten sowie die Motivation, Integration und Kommunikation in den Teams zu fördern. Intentionen dieser Ansätze der Mitarbeiterentwicklung sind in einer Bewohnerzufriedenheit durch verbesserte Pflege- und Betreuungsqualität und in einer absehbaren Organisationsentwicklung zu sehen (vgl. VIETHEN 1995, S. 75).

Die im Folgenden dargestellten Ansätze zur Mitarbeiterentwicklung im Pflegebereich wurden in der einschlägigen Literatur zur Qualitätsentwicklung im Gesundheits- und Pflegebereich ermittelt und können unter den Abschnitten 4.2.1 Bildungsmaßnahmen und 4.2.2 Motivation, Kommunikation und Integration sowie 4.2.3 Teamarbeit und Partizipation zusammengefasst werden.

#### **4.2.1 Bildungsmaßnahmen**

Die Durchführung von Bildungsmaßnahmen durch Fort- und Weiterbildung sowie anderweitige Schulungen der Mitarbeiter wird von zahlreichen Autoren als wichtiger Faktor der Mitarbeiterentwicklung angesehen.

SCHMITZ/HOFMANN (2000) stellen in ihren Ausführungen zur Qualitätsentwicklung nach DIN EN ISO die Partizipation des Pflegemitarbeiters an der Qualitätsentwicklung heraus. Der Mitarbeiter soll demnach durch Schulungsmaßnahmen ein ausreichendes Fachwissen zur Ausübung der qualitätsrelevanten Pflegetätigkeiten, orientiert an den Struktur-, Prozess- und Ergebnisstandards erhalten (vgl. ebd., S. 140). Diese Maßnahmen beziehen sich demnach insbesondere auf eine fachliche Wissenserweiterung. Voraussetzung sind Erhebungen zum Schulungsbedarf, Erstellen von Schulungsplänen und eine eventuelle Beurteilung der Maßnahmen.

Nach WEIGERT (2004) ist die Mitarbeiterentwicklung im Sinne der DIN EN ISO auf Schulungen und Workshops zum Qualitätsmanagement und zu den Qualitätsnormen ausgerichtet, um einerseits ein Verständnis und entsprechende Handlungen für das Vorhaben zu entwickeln und andererseits die Qualitätsanforderungen des zugrunde gelegten Modells umzusetzen (vgl. ebd., S. 20f.). Dafür werden alle Mitarbeiter in die Qualitätsentwicklung einbezogen, geschult und fachlich sowie persönlich gefördert. Diese Maßnahmen umfassen die Ermittlung des Wissens und der Kompetenzen der Mitarbeiter mit Blick auf ihre Entwicklung im Sinne einer Beteiligung und Ermächtigung zu selbständigem Handeln (vgl. ebd., S. 251).

Auch ILLISON/KERNER (2001) erläutern in ihren Ausführungen zur DIN EN ISO unter dem Normabschnitt 6.0 (6.2): Management von Ressourcen unter anderem den Einsatz personeller Ressourcen. Zielsetzung des Personalmanagements für eine Mitarbeiterentwicklung ist demnach die Sicherstellung, Erhaltung und Weiterentwicklung der Qualifikation der Mitarbeiter, das Erkennen von Stärken und Schwächen der Mitarbeiter und der Nachweis durchgeführter Maßnahmen und Schulungen zur Fort- und Weiterbildung (vgl. ebd., S. 41).

In den Erläuterungen von ZINK (1995) zu den Grundlagen der Qualitätsentwicklung nach dem EFQM-Modell werden einige Aspekte der Mitarbeiterentwicklung im Zusammenhang mit der Planung und Verbesserung der Mitarbeiterressourcen (Teilkriterium 3a) sowie die Erhaltung und Weiterentwicklung der Kompetenzen und Fähigkeiten der Mitarbeiter bei der Personalplanung, -auswahl und -entwicklung (Teilkriterium 3b) herausgestellt (vgl. ebd., S. 131). Der Autor bezieht sich in seinen Erklärungen auf die Planung und Verbesserung fachlicher, methodischer und sozialer Kompetenzen und Ressourcen der Mitarbeiter für die Entwicklung besserer Problemlösungen. Anhand von Bildungsbedarfsanalysen erfolgt die Ermittlung der Kompetenzen der Pflegekräfte, die die Grundlage für die Personalauswahl und Personalentwicklung bilden (vgl. ebd., S. 131ff.).

Die Einführung von QM-Modellen setzt oftmals Veränderungen organisatorischer Art sowie Paradigmenwechsel voraus. Die Grundlage dafür bildet die genaue Definition und Interpretation der Unternehmensqualität. Dieses neue Verständnis von Qualität wird mittels geeigneter Konzepte, wie beispielsweise dem Konzept der Organisationsentwicklung (OE) umgesetzt (vgl. ZINK 1995, S. 55). Dieses Konzept verfolgt zwei Ansätze, um ein Qualitätsverständnis zu entwickeln: den personellen Ansatz (Veränderung der Einstellung und des Verhaltens der Mitarbeiter) und den strukturellen Ansatz (Veränderung der Organisationsstruktur). Der personelle Ansatz als Element der OE zielt auf die Veränderung der Einstellungen und Verhaltensweisen der Mitarbeiter. ZINK stellt heraus, dass dafür Personalentwicklung oder die „*Schaffung qualitätsorientierter Rahmenbedingungen*“ notwendig ist (vgl. ebd., S. 57).

Von ZINK werden weiterhin folgende Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung nach dem TQM-Konzept vorgeschlagen: Zur Entwicklung eines Qualitätsverständnisses der Pflegekräfte werden Schulungen durch Führungskräfte und interne Referenten im Sinne eines „Top-down“ Schulungskonzeptes empfohlen. Ziel ist eine Veränderung und Weiterentwicklung der Einstellungen und Verhaltensweisen der Pflegekräfte. Dafür sollen diese in Methoden und Techniken zur Problemanalyse, Problemlösung und Prozessanalyse

weitergebildet werden (vgl. ebd., S. 60f.). Dieser Wissenserwerb bezieht sich hauptsächlich auf eine fachliche Weiterentwicklung der Pflegekräfte, die unter Anwendung dieses Wissens die Pflegequalität verbessern und ihre Handlungen und Tätigkeiten durch Selbstprüfung hinterfragen „und damit auch Lernprozesse [...] initiieren“ (ZINK 1995, S. 62).

Das Konzept des Integrativen Qualitätsmanagements im Krankenhaus (IQMK) ist ein langfristig orientiertes Managementkonzept, das sich die Verbesserung der Dienstleistungen im Krankenhaus zum Ziel setzt (vgl. EICHHORN 1997, S. 84). Die Mitarbeiterentwicklung erfolgt durch Trainings- und Schulungsprogramme, die eine Qualifizierung der Pflegekräfte in drei Bereichen einschließen: Bewusstsein und Verhalten für die Qualität entwickeln, Vermittlung von Prozesskenntnissen sowie Vermittlung von Kenntnissen und Befähigungen in der Anwendung von Methoden und Instrumenten zur Qualitätsentwicklung (vgl. ebd., S. 145ff.).

Grundsätzlich können drei Wissensbereiche in der Mitarbeiterentwicklung festgestellt werden, auf die die unterschiedlichen Bildungsmaßnahmen ausgerichtet sind: Das ist erstens eine weitgehend fachliche Weiterentwicklung der Mitarbeiter bezüglich spezifischer pflegerischer und medizinischer Kenntnisse, zweitens eine eher methodische oder auf Qualitätstechniken ausgerichtete Informationsvermittlung und drittens eine eher personale, den individuellen Mitarbeiter betreffende Entwicklung seines Bewusstseins, seiner Einstellungen und Verhaltensweisen. Aus den Angaben der verschiedenen referierten Autoren ist jedoch nicht erkennbar, um welche Qualifikationen, Fähigkeiten und Kompetenzen der Mitarbeiter es sich im Einzelnen handelt, auf die die Mitarbeiterentwicklung zielt. Weitergehende Schlussfolgerungen oder Angaben hinsichtlich der Lernanforderungen, die an die Pflegekräfte im Sinne der Mitarbeiterentwicklung gestellt werden, können den Ausführungen nicht entnommen werden.

#### **4.2.2 Motivation, Kommunikation und Integration**

Eine organisationale Veränderung sollte durch Kommunikation begleitet werden. Somit erfordert nicht nur die Qualitätsentwicklung eine Kommunikation zwischen allen am Qualitätsmanagement Beteiligten, sondern zwischen allen in der Organisation tätigen Menschen, um den Prozess der Entwicklung und Veränderung der Organisation zu unterstützen (vgl. NÖTZOLD 2002, S. 140).

Demzufolge sind nicht nur Ziel- und Sollvorgaben eine Prämisse in der Qualitätsentwicklung, sondern auch die Kommunikation dieser Zielvorgaben mit den Mitarbeitern. Dabei sollten auch Probleme oder Ängste kommuniziert werden, die die Mitarbeiter beschäftigen, um sie in den Qualitätsentwicklungsprozess zu integrieren. Kommunikation stellt sich als eine wichtige Komponente und Kompetenz in der Organisation dar, um den Wandel und die Entwicklung einer Organisation bei den Mitarbeitern zu festigen. Bedeutsamkeit wird einer Informations- und Kommunikationskultur auch im Zusammenhang mit betrieblichen Weiterbildungsmaßnahmen im Sinne der betrieblichen Organisationsentwicklung beigemessen (vgl. DYBOWSKI/HAASE/RAUNER 1993, S. 10f.; PROBST 1987, S. 122).

Die Mitarbeiterentwicklung kann im eigentlichen Sinne als die Grundlage für eine Motivation und Erhöhung der Leistungsbereitschaft der Mitarbeiter betrachtet werden. Diese kann durch eine interdisziplinäre Kommunikation und Teamarbeit zwischen Pflegekräften verschiedener Abteilungen und durch gemeinsame Weiterbildungsmaßnahmen noch verstärkt werden, da zudem eine Integration aller Pflegekräfte unterstützt wird.

Qualifikationsbezogene und motivationale Aspekte der pflegenden Personen im Krankenhaus werden als zentrale Elemente in einem Qualitäts-Projekt der „Stationsgebundenen Qualitätssicherung“ auf Basis des TQM hervorgehoben (vgl. DAHLGAARD/SCHIEGMANN 1996, S. 20).<sup>24</sup> Die Motivation der Mitarbeiter bezieht sich dabei auf die Beteiligung und Integration an den einzelnen Projekten zur Qualitätsentwicklung.

In den Darstellungen von BACHNER (1999), die eine Qualitätsentwicklung nach DIN EN ISO und nach EFQM vorstellt, werden als Grundvoraussetzungen zur Qualitätsentwicklung unter anderem Aspekte des Schaffens und Veränderns von Qualitätsbewusstsein genannt, die durch eine verstärkte Kommunikation und Partizipation der Mitarbeiter und der Leitung erfolgt (vgl. ebd., S. 42). Hierin wird die Verknüpfung von Kommunikation und Integration erkennbar. Die Kommunikation zwischen Pflegekräften und Leitungspersonal verhilft zur Entwicklung des Qualitätsbewusstseins für die Einrichtung und damit auch zu einer Integration und einem Zusammengehörigkeitsgefühl der Pflegekräfte in der Organisation.

Aus den Angaben der Autorin kann weiterhin ein Zusammenhang zwischen Motivation, Kommunikation und Bildungsmaßnahmen abgeleitet werden. Er besteht darin, dass die Ziele der Schulungen motivationsfördernd den Erwerb von fachlichem und methodischem Wissen zur Verbesserung bereichsübergreifender Kommunikation und Kooperation ermöglichen (vgl. BACHNER 1999, S. 76).

### **4.2.3 Teamarbeit und Partizipation**

Nach KALTENBACH (1993) wird im TQM Managementkonzept insbesondere der Aspekt der integrierten Zusammenarbeit aller Pflegekräfte herausgestellt (vgl. ebd., S. 163). Dem Einbeziehen aller Mitarbeiter durch Teamarbeit in der Form von Projektteams und Qualitätszirkeln wird somit eine besondere Bedeutung zugeschrieben. Dabei werden speziell die Aspekte der Mitarbeiterentwicklung durch Problemlösung, Partizipation und Motivation im Hinblick auf die Qualitätsentwicklung erwähnt (vgl. ebd., S. 311).

Der Aspekt der Qualitätsentwicklung durch Mitarbeiterentwicklung wird ebenfalls im Sinne der Arbeitsorganisation und Arbeitsstrukturierung diskutiert. Ein Ziel ist es, die Pflegekräfte durch Teamkonzepte in die Qualitätsarbeit einzubeziehen, um ihre Handlungsspielräume zu erweitern (vgl. SPÖRKEL ET AL. 1997, S. 173).

---

24 Auf der Basis des TQM wurde die Methode der „Stationsgebundenen Qualitätssicherung“ in einem Modellprojekt des Bundesministeriums für Gesundheit von 1993-1995 im Universitätsklinikum Benjamin Franklin Berlin eingeführt.

JANßEN (1997) hebt in seinen Ausführungen insbesondere die Partizipation der Mitarbeiter an Entscheidungsprozessen im Qualitätsmanagement hervor. Die Pflegekräfte sollten demzufolge für die Qualitätsentwicklung der Pflege und der medizinischen Versorgung ein erhöhtes Maß an Verantwortung, Einflüssen, Entscheidungskompetenz und Macht im Sinne eines partizipativen Managements erhalten (vgl. JANßEN IN SPÖRKEL ET AL. 1997).

Die Qualitätsentwicklung im Pflegebereich kann ebenfalls auf die Entwicklung von Pflegestandards ausgerichtet sein, die ein festgelegtes Qualitätsniveau von Handlungen und Kriterien beschreiben. Grundlage dieser Qualitätsentwicklung bildet DONABEDIANS Kategorisierung von Qualität in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Die Mitarbeiterentwicklung erfolgt hierbei insbesondere durch mitarbeiterorientierte Methoden der Teamarbeit, wonach die Mitarbeiter kontinuierlich an der Verbesserung der Pflegequalität mitwirken können (vgl. ROES ET AL. 2000, S. 23).

Mitarbeiterentwicklung erfolgt auch im Rahmen von Gruppenarbeitsformen, wie Projektgruppen und Qualitätszirkeln, in denen die Pflegekräfte an der Qualitätsentwicklung mitwirken können (vgl. auch Kapitel 3.6.4). Die Qualitätszirkel werden durch die Heimleitung und Pflegedienstleitung in den Pflegebereich eingeführt. Die Mitarbeiter, die in diesen Teams arbeiten, unterstützen die Verbesserung und Entwicklung von Abläufen in der Pflege und Betreuung, wie z. B. die Entwicklung und Einführung von Pflegestandards oder die Konzeption und Durchführung von individuellen Nachmittags-Betreuungsangeboten für die Bewohner.

Die Projektgruppen und Qualitätszirkel werden somit auch als eine zweckmäßige Arbeitsform für die Teamarbeit und damit für die Partizipation der Mitarbeiter an der Qualitätsentwicklung sowie für eine interdisziplinäre Kommunikation betrachtet. Die Kommunikationsprozesse, die sich im Rahmen der Teams vollziehen, dienen ebenfalls der Informationstransparenz in der gesamten Organisation.

### **4.3 Zusammenfassung**

Wie bereits in den vorangegangenen Ausführungen dargestellt, wird der Mitarbeiterorientierung im Gesundheits- und Pflegebereich eine besondere Rolle zugeschrieben. Dieser Standpunkt schließt eine Mitarbeiterentwicklung im Sinne der Personalentwicklung bezüglich der Planung und Durchführung von Bildungsmaßnahmen für Pflegemitarbeiter und Leitungspersonal mit ein (vgl. HAESKE-SEEGER 2001, S. 59).

In Kapitel 4 wurde die Funktion und Rolle des Mitarbeiters in der Qualitätsentwicklung von Pflegeeinrichtungen erläutert. Insbesondere die Mitarbeiterentwicklung mit den Schwerpunkten Fort- und Weiterbildung, Motivation und Kommunikation sowie Teamarbeit ist dabei ins Zentrum der Darstellungen gerückt. Grundsätzlich können Verbindungen der Mitarbeiterentwicklung zu den Lernansätzen und der Lernhaltigkeit der Qualitätsmanagement-Modelle und Ansätze aus Kapitel 3 hergestellt werden.

Die Bildungsmaßnahmen (als ein Kerngedanke der Mitarbeiterentwicklung) ermöglichen ein individuelles Lernen der Pflegekräfte durch Informationsvermittlung. Dabei kann eine Entwicklung und Erweiterung der Kompetenzen der Pflegekräfte in den Bereichen des

fachlichen Wissens (pflegerische und medizinische Kenntnisse), des methodischen Wissens (Qualitätstechniken) und eine personale Entwicklung hinsichtlich eines Qualitätsbewusstseins der Pflegekräfte vermutet werden.

Die Kommunikations- und Informationsprozesse innerhalb der Organisation und im Rahmen der Bildungsmaßnahmen sowie die Arbeit in Teams (Projektgruppen, Qualitätszirkel) unterstützen das individuelle Lernen der Pflegekräfte. Allerdings kann hier eine Entwicklung und Erweiterung der Kompetenzen auch nur bezüglich der bereits beschriebenen Wissensbereiche angenommen werden. Wird das Wissen der Mitarbeiter für die Organisation entsprechend eines Qualitätsentwicklungsansatzes des EFQM oder TQM eingesetzt und weiterentwickelt, kann die Voraussetzung für ein organisationsweites Lernen im Sinne einer lernenden Organisation geschaffen werden.

Auf der Grundlage unterschiedlicher Wissensbereiche und Berufsgruppen sowie der kontinuierlichen Weiterbildungen kann sich ein Wissensmanagement der Fähigkeiten und Kompetenzen, Erfahrungen und Beziehungen im Kontext der Qualitätsentwicklung in der Organisation entwickeln. HAESKE-SEEBERG (2001) zeigt jedoch auf, dass sich die Mitarbeiterentwicklung, Personalentwicklung und Personalförderung in der praktischen Umsetzung einer Qualitätsentwicklung in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen als vernachlässigte Themen offenbaren (vgl. ebd., S. 105).

Aufgrund der Ausführungen in den vorangegangenen Kapiteln dieser Arbeit und der erforderlichen individuellen und organisationalen Lernprozesse für eine Qualitätsentwicklung werden in den folgenden Kapiteln zunächst der Kompetenzbegriff und die Kompetenzen der Pflegekräfte im Qualitätsmanagement auf Grundlage der Literatur erörtert. Das sich daran anschließende Kapitel 6 mit seinen Unterkapiteln soll die Begrifflichkeiten des organisationalen Lernens und der Organisationsentwicklung ausführlicher verdeutlichen.

## 5 Kompetenzentwicklung durch Qualitätsentwicklung?

Es wird angenommen, dass durch den Prozess der Qualitätsentwicklung Veränderungen der individuellen Fähigkeiten und Kompetenzen durch neue Lernanforderungen und Lernprozesse erfolgen, die einerseits auf das Individuum und soziale Gruppenprozesse und andererseits auf den organisationalen Kontext zurückgeführt werden können.

In den folgenden Abschnitten werden zunächst die zentralen Begriffe Kompetenz, Fähigkeit, Qualifikation und Schlüsselqualifikation erörtert. Anschließend wird – in Vertiefung des bereits geschaffenen Zuganges (vgl. Kapitel 3 und 4) – der Begriff Kompetenz anhand der Literatur zum Qualitätsmanagement in Einrichtungen des Gesundheitswesens diskutiert.

### 5.1 Begriffsklärung

Werte und Grundeinstellungen des Menschen prägen seine persönlichen und beruflichen Fähigkeiten, Kompetenzen und Qualifikationen (vgl. OFFERMANN 2002, S. 25). Kompetenzen umfassen in diesem Zusammenhang die Handlungs- und Methodenkompetenz, die im beruflichen und professionell-fachlichen Kontext entwickelt werden, sowie die personale und soziale Kompetenz, deren Erwerb vorrangig im Zusammenhang mit dem sozialen Umfeld und Kommunikations- und Gruppenprozessen steht (vgl. OFFERMANN 2002, S. 25ff.).

Die Entwicklung von Kompetenz ist zu verstehen als ein individueller Prozess, der mit einer persönlichen Weiterentwicklung einhergeht. Merkmale der Lernprozesse, auf die der Erwerb von Kompetenzen zurückzuführen ist, sind selbstgesteuertes, reflexives und informelles Lernen (vgl. STEINER 1996, S. 78 u. S. 85). Weiterhin wird dem individuellen Lernen und dem kooperativen Lernen mit Blick auf die Weiterentwicklung der eigenen beruflichen Professionalität eine Bedeutung zugemessen (vgl. FORUM BILDUNG 2001, S. 9f.).<sup>25</sup>

Wenngleich in der einschlägigen Literatur eine einheitliche und anerkannte begriffliche Definition von Kompetenz nicht zu finden ist, soll im Anschluss an die begriffliche Abgrenzung der Dimensionen Kompetenz und Fähigkeit/Fertigkeiten, Kompetenz und Qualifikation sowie Kompetenz und Schlüsselqualifikation der Kompetenzbegriff erläutert werden.

---

<sup>25</sup> Zu den Lernbegriffen vgl. Kapitel 1.2.3.4 sowie ausführlich HOLZKAMP (1993), SCHERMER (2002), DOHMEN (2001), STEINER (1996), DEHNBOSTEL/DYBOWSKI (2000), DECKER (1995).



Der Begriff Fähigkeiten wird im Zusammenhang mit der Bezeichnung für die „Gesamtheit der psychischen und physischen Bedingungen als Voraussetzung für die Ausführung von körperlichen oder geistigen Leistungen“ verwendet (BÖHM 1995, S. 199f.). In den Bereichen der allgemeinen Psychologie, Persönlichkeitsforschung und Diagnostik wird als Fähigkeit eines Menschen eine mehr oder weniger spezifische qualitative Voraussetzung für gezeigte Leistungen bezeichnet, ungeachtet dessen, ob sie auf Erziehung, Übung oder auf Anlagen (Dispositionen) zurückzuführen ist (vgl. FRÖHLICH 2004, S. 174). Mit Fertigkeiten wird ein konkretes inhaltlich bestimmbares Können der Personen benannt (vgl. BÖHM 1995, S. 206).

Im Unterschied zu Kompetenzen, in denen die Situationsspezifität in den Vordergrund gestellt wird, beschreiben Fähigkeiten stabile, situationsunabhängige Eigenschaften des Menschen (vgl. GREIF/KURTZ 1996, S. 163).

Als Qualifikation werden nach BÖHM (1995, S. 516) die für die Ausübung einer Berufstätigkeit notwendigen Fähigkeiten, Fertigkeiten und Wissensbestände zusammengefasst. Der Unterschied von Kompetenzen zu Qualifikationen besteht darin, dass Qualifikationen nicht erst in den Handlungskontexten sichtbar werden, sondern sie benennen das Wissen und die Fertigkeiten, in einer Situation entsprechend handeln zu können. Kompetenzen hingegen werden in beobachtbaren Verhaltensweisen durch die physisch und psychisch selbstorganisiert handelnde Person sichtbar (vgl. ERPENBECK/ROSENSTIEL 2003, S. XI).

Schlüsselqualifikationen werden definiert als *„Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten, welche nicht unmittelbaren und begrenzten Bezug zu bestimmten, disparaten, praktischen Tätigkeiten erbringen“*, sondern die Eignung für Positionen und Funktionen sowie die Eignung von Anforderungsänderungen beschreiben (GREIF/KURTZ 1996, S. 142). An anderer Stelle werden mit Schlüsselqualifikationen Kompetenzen und Kenntnisse bezeichnet, die den Personen flexible Reaktionen und die Bewältigung neuer, unbekannter und unvorhergesehener Situationen ermöglichen (vgl. BÖHM 1995, S. 562). Parallel zum Begriff Kompetenz verwendet, werden Schlüsselqualifikationen von GREIF/KURTZ (1996) in die verschiedenen Kompetenzbereiche Fachkompetenz, Methodenkompetenz, Sozialkompetenz sowie Selbstlernkompetenz und ökologische Kompetenz unterteilt (vgl. ebd., S. 141).

### 5.1.1 Der Kompetenzbegriff

Der Begriff Kompetenz wurde 1959 in die Motivationspsychologie von R. W. White eingeführt. In diesem Kontext charakterisiert Kompetenz Ergebnisse von Entwicklungen grundlegender Fähigkeiten, die weder genetisch angeboren noch das Produkt von Reifungsprozessen sind, sondern vom Individuum selbst hervorgebracht wurden (vgl. ERPENBECK/ROSENSTIEL 2003, S. X und RITTER/GRÜNDER 1976, Sp. 922f.).

In der Sprach- und Kommunikationswissenschaft stellt Kompetenz nach N. Chomsky die Bezeichnung für die Fähigkeit des idealen Sprechers/Hörers dar. Sie umfasst die Dispositionen, mit einer begrenzten Anzahl von sprachlichen Elementen und Regeln eine unbegrenzte Zahl von Äußerungen zu formulieren, zu verstehen sowie über die sprachliche Korrektheit von Äußerungen zu entscheiden (vgl. RITTER/GRÜNDER 1976, Sp. 923ff.).

Kompetenz wird in der Psychologie im Sinne veränderbarer, situationsspezifischer Verhaltensmuster zur erfolgreichen Bewältigung von Aufgaben und Situationen betrachtet (vgl. GREIF/KURTZ 1996, S. 163). Dabei bezeichnet Kompetenz eine Sachverständigkeit eines Menschen für die Lösung von Problemen für bestimmte umschriebene Leistungen sowie die Disponibilität von Kenntnissen und Fertigkeiten und ihr systematischer Einsatz zur Bewältigung von Handlungs- und Problemsituationen (vgl. FRÖHLICH 2004, S. 262).

Nach dem gegenwärtigen Stand der Diskussion wird eine generelle Gliederung der Kompetenzen in Kompetenzarten bzw. Kompetenzbereiche vorgenommen, die nachfolgend vorgestellt werden (in Anlehnung an QUEM 2003, S. 12f. und ARNOLD ET AL. 2004, S. 29ff.):

### **Sachkompetenz/Fachkompetenz**

Hier ist die Fähigkeit gemeint, Fachwissen bzw. Wissen eines bestimmten Fachgebiets zu besitzen. Weiterhin wird damit die Fähigkeit erfasst, dieses Fachwissen auf neue Problemlagen anzuwenden oder auf Veränderungen zu beziehen sowie Entscheidungen zu begründen und verantwortungsbewusst treffen zu können.

### **Personale Kompetenz**

Als personale Kompetenz wird die Fähigkeit bezeichnet, sich selbst und anderen Personen gegenüber verantwortlich und verantwortungsbewusst zu verhalten und zu handeln. Diese Kompetenz schließt Kreativität, Motivation, Reflexivität sowie Fähigkeiten zur Selbsteinschätzung, Identitätsentwicklung und das Entwickeln von Wertvorstellungen ein.

### **Sozialkompetenz**

Damit ist die Fähigkeit gemeint, sich in Gruppen einzubringen, mit anderen Menschen kooperativ verantwortungsbewusst umzugehen und zu arbeiten. Die Sozialkompetenz umfasst Aspekte wie Kommunikationsfähigkeit, Verantwortungsfähigkeit, empathische Fähigkeiten, wie zuhören und sich in andere Personen hineinzusetzen, Konfliktfähigkeit, Kontakt- und Teamfähigkeit sowie respektvolles Wahrnehmen und Umgehen mit anderen Persönlichkeiten, Meinungen und Werthaltungen.

### **Methodische Kompetenz**

Die methodische Kompetenz bezieht sich auf die Fähigkeit zur Kenntnis und Anwendung von organisatorischen Prozessen, zur Planung, Steuerung, Kontrolle und Reflexion von Handlungen und Abläufen. Sie schließt ebenfalls strategische Fähigkeiten, Problemlösungsfähigkeiten, Fähigkeiten zur Informationsgewinnung und -aufnahme sowie Fähigkeiten zur Strukturierung und Gestaltung bzw. Durchführung von Anforderungen und Aktionen ein.

### **Kommunikative Kompetenz**

Die kommunikative Kompetenz bezieht sich auf verbale und nonverbale Fähigkeiten, Ausdrucksfähigkeit und Dialogfähigkeit zum Austausch mit anderen Personen. Sie wird häufig im Zusammenhang mit der sozialen Kompetenz im Kontext der gemeinsamen Bearbeitung und Lösung von Problemen mit anderen Menschen und Gruppen betrachtet.

### Selbstkompetenz

Hier ist die Fähigkeit gemeint, seine eigenen psychischen und physischen Ressourcen und Potentiale zu kennen, einschätzen zu können sowie sie in spezifischen Situationen zu testen und einsetzen zu können.

Bevor für die folgenden Kapitel und die empirische Untersuchung ein Kompetenzbegriff festgelegt wird, soll nachfolgend auf den Zusammenhang von Handlung und Kompetenz eingegangen werden, da dieser Aspekt eine wesentliche Perspektive für die im Abschnitt 5.2 vorgenommene Definition des in der Untersuchung verwendeten Kompetenzbegriffs darstellt.

#### 5.1.2 Der Kompetenzbegriff im Handlungskontext

Eine Grundlage für die Diskussion zum menschlichen Handeln und Verhalten bilden Handlungstheorien. Ausgehend von der Handlungstheorie HACKERs (1986) benötigt das Individuum zur Entwicklung effizienter Handlungsstrategien Problemlösestrategien im Sinne von Kenntnissen über die Aufgabe, operatives Handlungswissen und Fähigkeiten in notwendigen Handlungsweisen (vgl. GREIF/KURTZ 1996, S. 62). Diese Handlungsstrategien und demzufolge die Handlungskompetenz stellen das Ergebnis individuell organisierter Verknüpfungen von Aufgaben, Regeln, Reaktionsmustern, Konsequenzen und Erfolgserlebnissen, beispielsweise im Kontext des Arbeitsprozesses dar (vgl. GREIF/KURTZ 1996, S. 63).

In weiteren begrifflichen Spezifizierungen wird der Zusammenhang von Kompetenz und Handeln deutlicher: BERNIEN (1997) stellt den handlungs- und tätigkeitsbezogenen Aspekt von Kompetenz heraus, wonach Kompetenz im Kontext mit einer Tätigkeit und einem Individuum steht und somit nicht objektivierbar, sondern immer konkret tätigkeitsbezogen auf eine Anforderung, Aufgabe, ein Problem und subjektbezogen auf die Realisierung dieser Anforderung, Aufgabe, des Problems durch ein Individuum ist (vgl. ebd., S. 25). Dabei werden dem beobachteten Verhalten als Ausdruck selbstorganisierter physischer und psychischer Handlungsweisen eines Individuums bestimmte Eigenschaften im Sinne von Kompetenzen beigemessen. Aus dieser Darstellung lässt sich somit eine weitere begriffliche Dimension ableiten: Kompetenzen stellen Dispositionen des selbstorganisierten Handelns („Selbstorganisationsdispositionen“) dar (vgl. ERPENBECK/ROSENSTIEL 2003 ebd., S. IX).

Nach ERPENBECK/ROSENSTIEL (2003) verkörpern Kompetenzen als Handlungsdispositionen einerseits subjektbezogene und andererseits auch objektbezogene Handlungen. Dabei kann sich selbstorganisiertes Handeln reflexiv auf die Person beziehen, und durch seine physischen und kognitiven Fähigkeiten näher charakterisiert werden. Gleichermäßen kann sich das selbstorganisierte Handeln der Person auch auf die objektbezogene, gegenständliche Umwelt und auf die subjektbezogene, soziale Umwelt beziehen (vgl. ebd., S. XVf.). In diesem Zusammenhang wird der Begriff Handlungskompetenz geprägt und von EVERSHEIM (1997) folgendermaßen interpretiert: „*Handlungskompetenz ist die Fähigkeit und Bereitschaft, in verschiedenen Situationen sachgerecht, überlegt und verantwortlich zu handeln*“ (ebd., S. 72).

Synonym zur Handlungskompetenz werden auch die Begriffe „Aktivitäts- oder Umsetzungskompetenz“ verwendet (ERPENBECK/ROSENSTIEL 2003, S. XVI). Sie stellen den tätigkeitsbezogenen bzw. umsetzenden Aspekt des Begriffs in den Mittelpunkt. Diese umfassen Dispositionen zur Umsetzung von Zielen, Plänen und Vorhaben durch aktives, selbstorganisiertes Handeln. Darin inbegriffen sind Handlungen in Organisationen, in Teams und selbstbezogene Handlungen. Diese Kompetenzen bedürfen wiederum Fähigkeiten, Emotionen, Motivationen und Erfahrungen sowie personaler, fachlich-methodischer und sozial-kommunikativer Kompetenzen, um sich zu motivieren, die eigenen Handlungen erfolgreich umzusetzen (vgl. ebd., S. XVI).

Demzufolge kommt in der Handlungskompetenz zum Ausdruck, wie die handelnde Person die beschriebenen Kompetenzbereiche umzusetzen vermag (vgl. QUEM 2003, S. 23). Dabei wird Handlungskompetenz als übergeordneter Kompetenzbereich für die Fachkompetenz, Methodenkompetenz, personale und soziale Kompetenz sowie die kommunikative Kompetenz betrachtet (vgl. QUEM 2003, S. 23 und ERPENBECK/ROSENSTIEL 2003, S. XVI).

Es erweist sich als relevant, den Kompetenzbegriff im beruflichen Zusammenhang zu erläutern. Das kann auf die Aussage zurückgeführt werden, dass Kompetenzen „*nur oder hauptsächlich im Prozess der Arbeit oder im sozialen Umfeld erworben*“ werden (MEYER-DOHM 2002, S. 40). Ferner werden die Einführung eines Qualitätsmanagements und der Qualitätsentwicklungsprozess in den beruflichen Handlungs- und Tätigkeitsbereich der Mitarbeiter eingeordnet.

Berufliche Kompetenz ist „*die Summe aller Fähigkeiten, Fertigkeiten, Wissensbestände und Erfahrungen des Menschen, die ihn zur Bewältigung [Umsetzung] seiner beruflichen Aufgaben und gleichzeitig zur eigenständigen Regulation seines Handelns einschließlich der damit verbundenen Folgeabschätzungen befähigen*“ (BERNIEN 1997, S. 25).

Diese Definition sagt aus, dass neben der Umsetzung beruflicher Aufgaben die Fähigkeit zur selbständigen Handlungsregulation beruflicher Tätigkeiten erforderlich ist. Somit ist berufliche Handlungskompetenz als Selbstorganisationsdisposition zu verstehen, die es ermöglicht, Situationen und Veränderungen zu erkennen, sich auf diese einzustellen und in der Auseinandersetzung Problemlösungen zu entwickeln (vgl. BERNIEN 1997, S. 40). Für die berufliche Handlungskompetenz lässt sich somit ableiten, dass sie ebenfalls in die Bereiche Fach-/Methodenkompetenz, Sozialkompetenz, Personale Kompetenz, kommunikative Kompetenz gegliedert wird und (berufliche) Handlungsdispositionen beschreibt (vgl. BERNIEN 1997, S. 32 und BORSI 1997, S. 226).

Nachstehend (vgl. Tabelle 5-1) sind die Kompetenzarten bzw. Kompetenzbereiche der (beruflichen) Handlungskompetenz nach ERPENBECK/ROSENSTIEL (2003) aufgeführt (vgl. ebd., S. XVf.).

Kompetenzbereiche der Handlungskompetenz	Personale Kompetenzen
	Fachlich-methodische Kompetenzen
	Sozial-kommunikative Kompetenzen
	Selbstorganisationskompetenzen

Tabelle 5-1: Kompetenzbereiche der Handlungskompetenz

**Personale Kompetenzen**

Mit personalen Kompetenzen sind folgende Fähigkeiten einer Person gemeint: reflexiv und selbstorganisiert zu handeln, sich selbst einzuschätzen, Werte, Moralvorstellungen, Selbstbilder und Motive zu entwickeln, eigene Talente, Motivationen und Grundeinstellungen zu schaffen und im Arbeitsprozess und außerhalb zu lernen und sich kreativ weiterzuentwickeln (vgl. ERPENBECK/ROSENSTIEL 2003, S. XVI).

**Fachlich-methodische Kompetenzen**

Fachlich-methodische Kompetenzen umfassen Dispositionen zur Problemlösung durch körperliche und kognitive selbstorganisierte Handlungsstrategien, um mit fachlichen, instrumentellen und kreativen Kenntnissen und Fähigkeiten Probleme zu lösen, Wissen zu erwerben und einzusetzen sowie Methoden zum selbstorganisierten Bearbeiten von Aufgaben und Lösungen einzusetzen (vgl. ebd., S. XVI).

**Sozial-kommunikative Kompetenzen**

Als sozial-kommunikative Kompetenzen werden solche Kompetenzen bezeichnet, die Dispositionen des kommunikativen, kooperativen selbstorganisierten Handelns, wie kreative Auseinandersetzungen in Gruppen und Beziehungen zu anderen Menschen sowie das Verwirklichen neuer Pläne, Aufgaben und Ziele, darstellen (vgl. ebd., S. XVI).

**Selbstorganisationskompetenzen**

Selbstorganisationskompetenzen werden als eine Untergruppe der sozialen Kompetenzen unterschieden. Sie stellen die Kompetenz zur eigenständigen Strukturierung und Ordnung von Aufgaben, Regeln und Handlungen dar (vgl. GREIF/KURTZ 1996, S. 166). Selbstorganisationskompetenz umfasst Fähigkeiten zum Erkennen von Veränderungen, um sich auf diese einzustellen und in der Auseinandersetzung Problemlösungen zu entwickeln (vgl. BERNIEN 1997, S. 40).

**5.1.3 Kompetenzentwicklung und Handlungsfähigkeit**

Vor dem Hintergrund der angeführten Definitionen des Begriffs Kompetenz wird deutlich, dass insbesondere der Handlungsaspekt eine entscheidende charakteristische Funktion bei der Begriffsbestimmung einnimmt. Demnach stellt die Handlung einerseits den Kontext der Kompetenz im Sinne eines Situations- und Handlungsbezugs dar und andererseits, im Verständnis einer Handlungsfähigkeit, auch das Ziel der Kompetenzentwicklung des Individuums, dem Kompetenz zugeschrieben wird. Das bedeutet, Kompetenz kann als Voraussetzung und Ziel der Handlungsfähigkeit und demnach der Kompetenzentwicklung eines Menschen betrachtet werden, wobei die Handlungsfähigkeit nach ERPENBECK (1997) auch eine Komponente der Kompetenz darstellt (vgl. ebd., S. 311f).

Eine Kompetenzentwicklung, die nach VONKEN (2005, S. 39) die „*Entwicklung der Persönlichkeit des Menschen*“ umfasst, kann somit als Handlungsfähigkeit des Menschen verstanden werden, die durch eine Aneignung, Verfügbarkeit, Bewertung, Reflexion und Anwendung von Wissen in Handlungs- und Situationszusammenhängen sowie durch eine Transformation von Wissen in andere Handlungskontexte gekennzeichnet ist. Der Erwerb von Wissen und somit von Kompetenz wird durch selbstorganisiertes Handeln bzw. durch die Selbstorganisationsfähigkeit des Menschen bestimmt (vgl. VONKEN 2005, S. 56).

## 5.2 Definition eines Kompetenzbegriffs für diese Untersuchung

In den vorangegangenen Kapiteln wurde zum Teil erkennbar, dass die in der Literatur ermittelten Begriffe (Schlüssel-)Qualifikationen und Fähigkeiten vielfach gleichbedeutend mit Kompetenz verwendet werden und somit eine Abgrenzung der Begriffe voneinander erschweren. Dies wird beispielsweise im identischen Gebrauch der Begriffe Handlungsfähigkeit und Handlungskompetenz deutlich: Beide Begriffe beschreiben die selbstorganisierte Bewältigung von Handlungssituationen unter Verwendung der beschriebenen Kompetenzen der Kompetenzbereiche. Es herrscht somit eine Parallelität in der Begriffsverwendung vor. Vor diesem Hintergrund ist eine Abgrenzung des Begriffs Kompetenz für diese Untersuchung nötig.

Zu diesem Zweck legt sich die vorliegende Arbeit auf den Begriff Kompetenz fest. Auf der Basis der aufgezeigten Begriffsbestimmungen werden die folgende allgemeine Charakterisierung des Begriffs und eine Differenzierung in die darauf folgenden Kompetenzbereiche vorgenommen (vgl. Tabelle 5-2):

Kompetenz eines Menschen beschreibt Fähigkeiten und Handlungsfähigkeiten, angeeignetes, vorhandenes und zu erlernendes Wissen und Können, Einstellungen und verinnerlichte Haltungen sowie beobachtbares Verhalten und Handlungsweisen.

Kompetenzbereiche <sup>26</sup>	Handlungskompetenz
	personale Kompetenz
	fachlich-methodische Kompetenz
	sozial-kommunikative Kompetenz

*Tabelle 5-2: Kompetenzbereiche der Untersuchung*

Im Zuge der in Kapitel 8 vorgestellten empirischen Untersuchung zu den Kompetenzen von Altenpflegekräften und des vorgestellten Analyseweges von Verhaltensweisen über Fähigkeiten zu Kompetenzen soll an dieser Stelle festgelegt werden, dass die Kompetenz eines Menschen durch Komponenten näher beschrieben wird. Diese Komponenten stellen die oben beschriebenen Fähigkeiten und Handlungsfähigkeiten, Wissen und Können, Einstellungen, Haltungen, Verhaltens- und Handlungsweisen dar.

Im weiteren Verlauf der Analyse der Kompetenzen von Altenpflegekräften wird aufgezeigt, dass die Fähigkeiten anhand tätigkeitsbezogener und durchgeführter Handlungen der Pflegekräfte ermittelt werden. Aus diesem Grund wird der Begriff Fähigkeit auch im Sinne des Begriffs Handlungsfähigkeit verwendet, der diese anwendungsbezogenen Situationskontexte spezifischer charakterisiert. In diesem Kontext ist erforderlich die Verwendung des Begriffs Handlungsfähigkeit für diese Untersuchung zu klären:

---

<sup>26</sup> In Anlehnung an ERPENBECK/ROSENSTIEL (2003) werden die Kompetenzbereiche fachlich-methodische Kompetenz und sozial-kommunikative Kompetenz synonym zu den in Kapitel 5.1.1 erläuterten vergleichbaren Kompetenzen Fachkompetenz und methodische Kompetenz sowie soziale Kompetenz und Kommunikationskompetenz verwendet.

Eine Handlungsfähigkeit bezeichnet eine Komponente der Kompetenz einer Person und charakterisiert das Verhalten einer Person anhand von tätigkeitsbezogenen und durchgeführten Handlungen in anwendungsbezogenen Situationskontexten.

Im Zusammenhang mit der Analyse dieser Fähigkeiten bzw. Handlungsfähigkeiten werden auch individuelle personelle Eigenschaften der Mitarbeiter ermittelt, wie z. B. Freundlichkeit oder Höflichkeit. Da die Mitarbeiter jedoch situationsbezogen handeln und personelle Eigenschaften, wie Persönlichkeitseigenschaften, nach FRÖHLICH (2004, S. 138) im Rahmen von standardisierten Situationen als konsistente, generelle und universelle Merkmalsmuster abgeleitet werden, sind die in der Untersuchung ermittelten individuellen personellen Eigenschaften als individuelle Eigenschaften bzw. Zustände von Personen und somit nicht als Handlungsfähigkeiten zu verstehen. Die Handlungsfähigkeit und Kompetenz erfasst im Zusammenhang mit diesen individuellen Eigenschaften und Zuständen die Fähigkeit zur Reflexion und zur Änderung und Anpassung dieser individuellen Zustände in den Situationen. Insofern schließen die Fähigkeiten bzw. Handlungsfähigkeiten als Komponenten der Kompetenz und Kompetenzbereiche der Pflegekräfte die Aspekte Wissen und Kenntnisse, Einstellungen und verinnerlichte Haltungen sowie die Verhaltensweisen im Kontext von tätigkeitsbezogenen bzw. umsetzenden Handlungen ein.

Nach den allgemeinen begrifflichen Bestimmungen und Erläuterungen zur Kompetenz und ihren Bereichen bzw. Komponenten werden im Folgenden speziell die Kompetenzen von Pflegekräften im Gesundheits- und Pflegebereich und der Begriff Pflegekompetenz (vgl. Kapitel 5.3 und 5.3.1) erörtert. Daran schließt sich eine Literaturanalyse zu den geforderten Kompetenzen der Mitarbeiter in der Qualitätsentwicklung von Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen an, um sich dem Wesensgehalt der vorliegenden Arbeit, der Untersuchung von Kompetenzentwicklung bei Pflegekräften im Rahmen der Qualitätsentwicklung, anzunähern (vgl. Kapitel 5.4).

### **5.3 Kompetenzen von Mitarbeitern im Gesundheits- und Pflegebereich**

Im Gesundheits- und Sozialwesen wird neben der Fachkompetenz insbesondere ein hohes Maß an sozial-kommunikativer Kompetenz und an persönlichkeitsbezogenen Kompetenzen der Mitarbeiter im Krankenhaus, Pflegeheim oder der Sozialstation gefordert (vgl. KLEMENS in MEIFORT 1991, S. 99). Die Arbeit im Gesundheits- und Sozialwesen wird durch eine *„durchgängige Beziehung zu hilfs- und pflegebedürftigen Menschen“* gekennzeichnet, die *„selbst einfache Handlungsabläufe in komplexe Kommunikationszusammenhänge“* integriert (KLEMENS in MEIFORT 1991, S. 100f.)

VOSS (1990) stellt in seinen Ausführungen zur Motivation und Organisation im Altenheim heraus, dass die Zunahme der Bewohner, die sich nicht mehr artikulieren können und aus diesen Gründen von der Fürsorglichkeit und Betreuung des Altenpfleger abhängig sind, die Ausübung einer dominierenden Helferrolle provozieren: *„Je hilfloser der alte Mensch,*

*je ausgeprägter er die zugewiesene Kranken- und Abhängigkeitsrolle gestaltet, um so dominanter agiert der Mitarbeiter in seiner Helferrolle.*“<sup>27</sup> (VOSS 1990, S. 84).

In diesem Kontext wird konstatiert, die Altenpfleger durch Aus- und Fortbildung zu qualifizieren und ein Erlernen von „Basisqualifikationen“ im Sinne „humaner Grundhaltungen“ zu fördern. Genannt werden z. B. Ambiguitäts- und Frustrationstoleranz als Fähigkeiten, negative Erfahrungen, Rückschläge, Widersprüche positiv zu verarbeiten. Weiterhin werden Fähigkeiten aufgezählt, eigene Einstellungen und Erwartungen und die des Bewohners aufeinander abzustimmen sowie Konflikte nach Gerechtigkeitsprinzip und Menschenwürde zu lösen (vgl. KNOBLING 1985 in VOSS 199, S. 84f.).

Fachliche Orientierung und menschlicher Umgang der Altenpfleger mit dem Bewohner stehen sich oftmals im Wege, d. h. der Mitarbeiter muss sich für das eine oder andere entscheiden. Folgende Grundvoraussetzungen menschlichen Umgangs im Interaktions- und Beziehungsprozess werden von VOSS (1990) genannt: Empathie, Mitleidensfähigkeit, Toleranz, Belastbarkeit, Dialogbereitschaft, Gerechtigkeit, Gleichberechtigung. Der Autor geht davon aus, dass diese Fähigkeiten nicht durch Fort- und Weiterbildung vermittelt werden können, sondern der Umgang und die Beziehungsgestaltung zum alten Menschen aus einer inneren Haltung des Mitarbeiters, *„die von der Person des Bewohners aus denkt“*, – er nennt sie Arbeitsmotivation – bestimmt wird (ebd., S. 87).

Daneben wird die Verbesserung der Ausbildung von Altenpflegern auf gerontopsychiatrischem Gebiet und im Umgang mit depressiven Bewohnern als dringend erforderlich angesehen (vgl. ZIMMER/WEYERER 1999, S. 20f.). Ein Motiv dafür wird in der zunehmenden Anzahl der dementen Menschen im Altenpflegeheim, die sich auch hinsichtlich eines Depressionsrisikos erhöht, gesehen.

Pflegepersonen gehören zu den wichtigsten Interaktionspartnern pflegebedürftiger Menschen im Altenpflegeheim. Demzufolge, so stellen die Autoren fest, sollte sich die Qualität der Ausbildung von Altenpflegern zunehmend oder besonders auf die psychosozialen Kompetenzen im Umgang mit Bewohnern konzentrieren. In diesem Zusammenhang konnten LINN ET AL. (1989) eine Besserung im Wohlbefinden durch eine höhere Zufriedenheit mit der Pflege und Betreuung der Bewohner ausmachen (vgl. ebd. in ZIMMER/WEYERER 1999, S. 21). Anhand der Ergebnisse dieser Interviewstudie wird zudem erkennbar, dass nicht nur die psychosozialen Kompetenzen, sondern auch die persönliche Eignung des Pflegepersonals sowie kommunikative und empathische Kompetenzen, wichtige Komponenten in der Beziehungsarbeit darstellen.

Aufgrund der gesetzlichen Regelungen (Pflegeversicherungsgesetz) und der demographischen Entwicklung müssen sich natürlich die berufliche Praxis sowie die Aus- und Weiterbildung der Altenpflege anpassen und verändern. Demzufolge sind mit Blick auf die qualitativen Anforderungen, die an die Pflege und die Pflegekräfte gestellt werden, auch organisatorische und planerische Kompetenzen erforderlich (vgl. FENCHEL IN ZIMMER/WEYERER 1999, S. 81).

---

27 Das bezieht sich unter heutigen Gesichtspunkten der Altersentwicklung insbesondere auf die Zunahme dementierender Menschen in Altenpflegeheimen.



### 5.3.1 Pflegekompetenz

In der Literatur zu Kompetenzen und Qualifikation der pflegerischen Berufe wird häufig der Begriff Pflegekompetenz verwendet (vgl. HOLOCH 2002; OLBRICH 1999, BENNER 1994). Aus diesem Grund und zur Verdeutlichung des Begriffs Kompetenz in der Pflege soll im Folgenden auf den Begriff „Pflegekompetenz“ eingegangen werden.<sup>28</sup>

HOLOCH (2002) stellt in ihren Ausführungen zum „Situierten Lernen und Pflegekompetenz“ heraus, dass pflegerisches Handeln auf Kommunikation und Interaktion basiert und zugleich Kommunikation und Interaktion bedeutet (vgl. ebd., S. 13). Somit sind bereits zwei wesentliche Aspekte der Pflegekompetenz angedeutet, die Kommunikationskompetenz und die soziale Kompetenz.

Pflege und pflegerisches Handeln sind praktische Tätigkeiten, die sich in der Umsetzung und in einem für die Tätigkeit notwendigen Verständnis sowie in einer wissenschaftlichen Erkenntnis ausdrücken. Dabei wird die Pflege auch als Handlungswissenschaft verstanden, die menschliches Handeln zum Motiv hat, das auf die Selbstpflege, die Gesundheit, das Wohlbefinden und die Persönlichkeitsentwicklung des Pflegenden und des Bewohners ausgerichtet ist.<sup>29</sup>

Die Pflege, ausgedrückt im pflegerischen Handeln der Personen, die betreuende und pflegende Tätigkeiten ausüben, verfolgt demnach die Ziele, *„die Selbstpflegekompetenz und das Wohlbefinden derjenigen Menschen zu erhalten, zu fördern und zu unterstützen, die die Dienstleistung Pflege benötigen und in Anspruch nehmen.“* (HOLOCH 2002, S. 71f.).

Die Autorin stützt sich in ihren Ausführungen zur Bestimmung der Pflegekompetenz pflegender Personen u. a. auf RAVENS (1995) Entwurf einer pflegerisch-professionellen Handlungskompetenz (vgl. HOLOCH 2002, S. 99ff.). Die Darstellungen beziehen sich jedoch auf Pflegende im klinischen Kontext und nicht auf Altenpfleger in einem Heim-Kontext. Demnach wird Pflegenden in Krankenhäusern eine pragmatische Kompetenz im Umgang mit medizinischen Geräten und in der Beherrschung manueller Pflegepraktiken, eine kommunikative Kompetenz bezüglich moralischer Urteilsfähigkeit und Sensibilität sowie eine kognitive Kompetenz im Sinne von logisch-systematischer Analyse und kreativer Problemlösung im professionellen Handlungskontext zugeschrieben (vgl. RAVEN 1995 in HOLOCH 2002, S. 99).

Die Autorin kritisiert allerdings RAVENS Beschränkung der pragmatischen Kompetenz auf den Umgang mit Geräten und stellt heraus, dass Pflegende über eine klinisch-praktische Kompetenz, ähnlich wie Mediziner, im Hinblick auf ein therapeutisch-interaktives-fürsorgliches Handeln in Beziehungssituationen zwischen Pflegeperson und Klient verfügen (vgl. HOLOCH 2002, S. 99). Diese Kompetenz äußert sich in der Unterstützung der Patienten zur Bewältigung von Krisensituationen sowie in einem verständnisvollen Handeln durch Zuhören, Beobachten und Deuten.

---

28 Im Sinne der Entwicklung von Pflegekompetenz in den fünf Kompetenzstufen nach BENNER (1994). Auf die Entwicklung der Pflegepraxis nach ROLFE (1996) soll hier jedoch verzichtet werden.

29 Zum Diskurs, die Pflege als Handlungswissenschaft zu begreifen (vgl. REMMERS 1999, SCHRÖCK 1998, OSTERBRINK 1998).

Neben den genannten Kompetenzen umfasst Pflegekompetenz auch Nachdenken und kritisches Reflektieren über Ereignisse und Situationen sowie eine Reflexion während des eigenen und fremden Handelns in sich ständig verändernden und neuen Situationen. Zudem sind Pflegenden in Krankenhäusern gefordert, ihr Wissen und die Anwendung des Wissens über wissenschaftliche Theorien sowie die täglichen Handlungen in Begriffe und Worte zu fassen, um sie kritischen Prüfungen zu unterziehen (vgl. HOLOCH 2002, S. 116).

In den Ausführungen von OLBRICH (1999) zur Pflegekompetenz wird der Begriff zunächst hinsichtlich des beruflichen, organisationalen Kontextes in formale Kompetenzen und personale Kompetenzen differenziert. Folglich verfügt das pflegerische Personal im Rahmen seiner beruflichen Handlungen einerseits über fachlich-pflegerische Kompetenzen und andererseits über personale Kompetenzen. Weiterhin wird von der Autorin auch eine Klärung des Begriffs mit Bezug auf die Leitbilderstellung und das Qualitätsmanagement vorgenommen, wobei hier Kompetenz im Sinne von effizienter Leistungserbringung durch berufliche und fachliche Standards verstanden wird (vgl. ebd., S. 11ff.).

Die Autorin bezieht sich in ihrer Begriffsbestimmung der Kompetenz im pflegerischen Bereich auch auf andere Kompetenzmodelle. In ihnen wird Kompetenz mit intellektuellen und empathischen Fähigkeiten des Menschen in der Sozial- und Sachbeziehung in Zusammenhang gebracht. Dabei werden die Wertorientierungen der Person in die individuellen Einstellungen und Haltungen, die ihren Handlungen zugrunde liegen, integriert (vgl. Kompetenzmodell von ROTH (1971) in OLBRICH 1999, S. 16f.). In den weiteren Ausführungen wird deutlich, dass die Kompetenzen der Pflegekräfte Handlungsfähigkeiten der Person darstellen, die durch situationsspezifische Komponenten (Fähigkeiten) zusammenwirken (vgl. OLBRICH 1990, S. 10).

OLBRICH (1999) geht davon aus, dass eine Kompetenzbestimmung nur im Kontext einer Relation von Anforderungen, die an eine Person gestellt werden, und Ressourcen, die zur Bewältigung der Anforderung verfügbar sind, erfolgen kann. Auf Grundlage dieser Annahme konnte sie aus ihrer Untersuchung zur Pflegekompetenz durch Situationsbeschreibungen von Krankenpflegepersonal vier Dimensionen pflegerischen Handelns ableiten: regelgeleitetes, situativ-beurteilendes, reflektierendes sowie aktiv-ethisches Handeln (vgl. ebd., S. 53ff.). Diese Dimensionen bedingen einander, bauen stufenweise aufeinander auf und werden weiterhin durch verschiedene zusammenwirkende Fähigkeiten charakterisiert. Das Krankenpflegepersonal ist somit allgemein zu einem regelgeleiteten Handeln und auf der höchsten Kompetenzstufe zu einem aktiv-ethischen Handeln fähig.

In der Dimension des regelgeleiteten pflegerischen Handelns steht die Beschreibung einer pflegerischen Handlung im Mittelpunkt. Dabei werden Wissen und Können im Sinne von pflegerischen Kenntnissen zur regelgeleiteten Anwendung des Wissens beschrieben. Es enthält auch moralische Überlegungen und allgemeingültige Normen, orientiert an Regelwissen und Vorgaben zur Ausführung.

Situativ-beurteilendes Handeln berücksichtigt die Individualität und Situationsspezifität eines bestimmten Patienten durch Fähigkeiten der Beurteilung des Pflegepersonals. Dabei stehen Wahrnehmung und Sensibilität des Pflegepersonals zur Beurteilung der Situation im Vordergrund.

Reflektierendes Handeln deutet sich in der Reflexion der intersubjektiven Beschreibung der Situation des Patienten und in der Selbstreflexion des eigenen Handelns (durch Kommunikation und zwischenmenschliche Beziehungsgestaltung) an.

Ethisch-aktives Handeln beschreibt einen bewussten, reflektierten Umgang mit Normen und Werten für den Patienten, hervorgerufen durch die Auseinandersetzung mit ethischen Dilemmata und stellvertretend für die Person des Patienten (vgl. ebd., S. 53ff.).

Nachstehend (vgl. Tabelle 5-3) sind zur Verdeutlichung der Pflegekompetenz die aufeinander aufbauenden Dimensionen des pflegerischen Handelns mit den zugeordneten Handlungsfähigkeiten der Pflegekräfte aufgeführt.

Dimensionen des pflegerischen Handelns und Fähigkeiten des Personals in der Krankenpflege nach OLBRICH (1999, S. 60-71)	
aktiv-ethisches Handeln	personale Kompetenz
Entscheidungsfähigkeit Fähigkeit zum Mitfühlen Fähigkeit zum Einfühlen Mut Engagement selbstbewusstes Auftreten selbstbewusstes Vertreten von Meinungen gegenüber anderen Kooperationsfähigkeit	
reflektierendes Handeln	
Fähigkeiten zur Selbstreflexion Integrationsfähigkeit gefestigte Identität Fähigkeiten des Einfühlens in Patienten und deren Situationen Fähigkeit zur Deutung individueller Situationen Fähigkeit zur Reflexion der Patientenhandlungen Fähigkeit zur Reflexion des eigenen Handelns	
situativ-beurteilendes Handeln	
Fähigkeiten zur Planung: zielgerichtet, antizipatorisch Empathische Fähigkeiten: Einfühlungsvermögen, Wahrnehmungsfähigkeit, Beurteilungsfähigkeit	
regelgeleitetes pflegerisches Handeln	fachlich-pflegerische Kompetenz
Anwendungsfähigkeiten des Wissens: exemplarisch, logisch, systematisch Fähigkeiten Erfahrungen zu sichern routiniertes Handlungswissen zur Durchführung Fähigkeiten zur Verantwortung von Handlungen Fähigkeiten zur Reflexion von Handlungen	

Tabelle 5-3: Dimensionen des pflegerischen Handelns nach Olbrich (1999)

OLBRICH differenziert anschließend die Begriffe Fähigkeiten und Kompetenz: Fähigkeiten beschreiben die Anwendung und Ausführung von Wissen in vorgegeben Regeln und Normen und enthalten routinierte Denk- und Entscheidungsprozesse. Sie sind eindimensional auf Handlungen und Objekte ausgerichtet und bilden im Zusammenhang mit dem ihnen zugrunde liegenden Wissen und Können die Basis und Komponenten der Kompetenz (vgl. ebd., S. 71f.).

Kompetenz wird unter Einbezug der gesamten pflegerischen Situation definiert und ist durch dynamische, interdisziplinär vernetzte Prozesse charakterisiert. Pflegekompetenz bedeutet demnach, Situationen, Handlungen und Individuen wahrzunehmen, zu beurteilen, zu reflektieren und zu gestalten. Dabei wird der personalen Kompetenz der Pflegekräfte hinsichtlich ihrer empathischen, verantwortungsbewussten, entscheidungsfähigen Komponenten und der Anwendung des Wissens und Könnens durch methodische Fähigkeiten eine wichtige Rolle zugeschrieben (vgl. OLBRICH 1999, S. 71f.).

Aus den pflegerischen Kompetenzen und Fähigkeiten leitet die Autorin aufeinander aufbauende Stufen der Pflegekompetenz ab (vgl. ebd., S. 71f.):

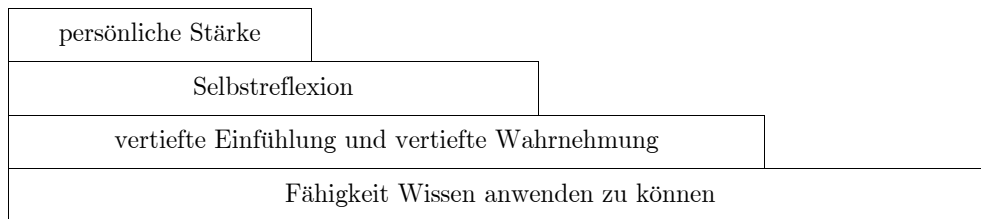


Abbildung 5-1: Stufen der Pflegekompetenz nach Olbrich (1999)

Sie stellt in ihrer Untersuchung weitere Kategorien als Komponenten der Pflegekompetenz heraus: Reflexion (Nachdenken), Emotionalität (Mitgefühl, Empathie, Aushalten von belastenden Situationen), persönliche Gegenwart (Nähe, Anwesenheit), Intuition, außergewöhnlicher Mut und ein Berater für die Patienten zu sein (vgl. OLBRICH 1999, S. 73-86).

Weiterhin fasst die Autorin zusammen, dass der Kompetenz einer Pflegeperson folgende Prozesse zugrunde liegen (vgl. OLBRICH 1999, S. 104):

- ~ ethisches Handeln (personal stark sein),
- ~ kognitive Prozesse (denken, reflektieren),
- ~ emotionale Prozesse (fühlen, empathisch sein) und
- ~ aktionale Prozesse (handeln, regelgeleitet, routiniert).

### 5.3.2 Kritische Anmerkungen zum Begriff Pflegekompetenz

Zu den Ausführungen OLBRICHS (1999) muss bemerkt werden, dass einerseits keine klare Abgrenzung der Dimensionen der Kompetenzen untereinander zu erkennen ist und andererseits die Begrifflichkeiten pflegerisches Handeln und Pflegekompetenz nicht klar abgegrenzt wurden. Es werden Dimensionen pflegerischen Handelns aufgezeigt, die als Pflegekompetenz begrifflich klassifiziert werden, aber im eigentlichen Sinne pflegerische Handlungskompetenzen beschreiben.

Weiterhin gibt die Autorin an, dass sich die Dimensionen pflegerischen Handelns bedingen und aufeinander aufbauen. Jedoch muss angemerkt werden, dass die Dimensionen nicht im eigentlichen Sinne aufeinander aufbauen können, da sie grundsätzlich in einer wechselhaften Beziehung stehen und eine Anwendung der Fähigkeiten nicht getrennt betrachtet werden kann. Demnach werden Mut oder Engagement als Fähigkeiten des aktiv-ethischen Handels nicht zwingend auf einem Einfühlungsvermögen als Fähigkeit des situativ-beurteilenden Handelns aufbauen.

Was die Abgrenzung der Fähigkeiten in den Dimensionen der Pflegekompetenz betrifft, sind auch Überschneidungen oder Dopplungen erkennbar, wie z. B. die Fähigkeit zum Einfühlen oder Mitfühlen als Komponenten des aktiv-ethischen Handelns, die in gleicher Weise als Einfühlungsvermögen oder empathische Fähigkeiten in der Dimension situativ-beurteilendes Handeln auftauchen.

Nicht ganz nachvollziehbar ist, wie die Autorin zu den aufeinander aufbauenden Stufen der Pflegekompetenz (Fähigkeit Wissen anwenden zu können, vertiefte Einfühlung und vertiefte Wahrnehmung, Selbstreflexion und persönliche Stärke) gelangt, da eine vertiefte Einfühlung und Wahrnehmung sowie die Selbstreflexion auch als Bestandteile der persönlichen Stärke betrachtet werden können und nicht unbedingt aufeinander aufbauende Stufen darstellen.

Auffällig ist, dass die Kommunikation, die in der Beziehungsgestaltung zum Patienten und Bewohner einen wichtigen Aspekt darstellt, in den Ausführungen fehlt, obwohl die Autorin angibt, dass die Pflege als Beziehungsprozess immer Interaktionen enthält, die durch Kommunikation in direktionalen Subjekt-Objekt-Beziehungen oder intersubjektiven Beziehungen gestaltet werden (vgl. OLBRICH 1999, S. 97).

Vor dem Hintergrund der Darstellungen des Kompetenzbegriffs und der Kompetenzbereiche in Kapitel 5.1 und 5.2 könnte somit die Pflegekompetenz als Handlungskompetenz einer Pflegekraft im klinischen Kontext verstanden werden. Dabei umfasst diese Handlungskompetenz die personale Kompetenz und die fachlich-pflegerische Kompetenz, wobei die personale Kompetenz die sozial-kommunikative und methodische Kompetenz sowie die Selbstorganisationskompetenz einschließt.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Ausführungen im Allgemeinen zu unspezifisch sind und sich wiederholt auf Kompetenzen und Fähigkeiten von Krankenpflegepersonal beziehen (vgl. HOLOCH 2002; OLBRICH 1999, BENNER 1994, RAVEN 1995). Aus diesem Grund kann für den Altenpflegebereich auf diese Ausführungen nur begrenzt Bezug genommen werden, da hierbei die Schwerpunkte in der Pflege und Betreuung pflegebedürftiger und alter Menschen liegen und die Pflegekräfte häufig mit gerontopsychiatrischen Krankheitsbildern konfrontiert werden und insbesondere der Beziehungsgestaltung eine gewichtige Bedeutung beigemessen wird. Zudem haben die Bewohner in Altenpflegeeinrichtungen eine längere „Verweildauer“ und verbringen nicht selten ihren Lebensabend in diesen Einrichtungen.

## **5.4 Geforderte Kompetenzen der Mitarbeiter in der Qualitätsentwicklung von Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen**

Anhand einer Literaturanalyse zu den Kompetenzen der Mitarbeiter, die im Zusammenhang mit dem Qualitätsmanagement erläutert und in der Qualitätsentwicklung gefordert werden, können die nachfolgend ermittelten Kompetenzen der Mitarbeiter im Pflegebereich festgestellt werden.

Im Rahmen der Einführung eines Qualitätsmanagements in Einrichtungen des Gesundheitswesens und der Altenhilfe werden einerseits vom verantwortlichen Leitungspersonal und andererseits von den Mitarbeitern bestimmte Anforderungen und Kompetenzen für die Planung, Umsetzung, Prüfung und Verbesserung ihrer Arbeitsaufgaben gefordert.<sup>30</sup>

Im Kontext der Qualitätsverbesserung in der stationären Betreuung und Pflege werden an das Management von stationären Einrichtungen folgende Anforderungen gestellt: fachliche Kompetenz, personale und soziale Kompetenz sowie methodische Kompetenzen (vgl. RUNDER TISCH PFLEGE AG II 2005, S. 10).

An anderer Stelle wird angeführt, dass von den projektverantwortlichen Pflegekräften neben notwendigen Fachkompetenzen auch kommunikative und gruppendynamische Kompetenzen verlangt werden (vgl. DAHLGAARD/SCHIEMANN 1996, S. 54f.). In den Ausführungen von WEIGERT (2004) wird beispielsweise erwähnt, dass der QM-Beauftragte und der Sicherheitsbeauftragte als Leitungspersonen mit besonderen Aufgabenbereichen über hohe Sozialkompetenz bzw. hohe fachliche Kompetenz verfügen sollten (vgl. WEIGERT 2004, S. 40ff.).

Ein zentrales Kriterium im Zusammenhang mit der Qualitätsentwicklung ist die Planung und Verbesserung fachlicher, methodischer und sozialer Kompetenzen und Ressourcen der Mitarbeiter (vgl. ZINK 1995, S. 131). Ausgehend von der Prämisse, dass die Qualität der Pflegearbeit von den Kompetenzen der Mitarbeiter abhängig ist, werden folgende Kompetenzen als Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige Pflegearbeit angeführt: organisatorische, soziale, personale Kompetenz sowie Fachkompetenz und Kommunikationskompetenz (vgl. RUNDER TISCH PFLEGE AG II 2005, S. 27 u. S. 32).

In den Ausführungen von JANßEN (1997) stehen neben der fachlichen Kompetenz vor allem die sozialen Kompetenzen und Management-Kompetenzen im Zentrum der Mitarbeiterorientierung im Qualitätsmanagement (vgl. SPÖRKEL ET AL. 1997, S. 6). Als besonders wichtig stellt EVERSHEIM (1997) die Befähigung des Mitarbeiters im Umgang mit den Arbeitsmitteln und der Beherrschung des Arbeitsprozesses heraus, mit dem Ziel eine umfassende Handlungskompetenz zu entwickeln (vgl. ebd. 1997, S. 72). Dabei verknüpft die Handlungskompetenz methodische und soziale Kompetenzen sowie Mitwirkungs- und Selbstlernkompetenzen (vgl. EVERSHEIM 1997, S. 72).

Im Rahmen der Personalentwicklung im Qualitätsmanagement werden für alle Positionen im Krankenhaus folgende Anforderungen an die Mitarbeiter gestellt: persönlichkeitsbezogene Kompetenz, soziale Kompetenz, strategische Kompetenz und fachliche/ funktionale Kompetenz (vgl. KOBİ 1990 in HAESKE-SEEGER 2001, S. 106f.). Nach SONNTAG/SCHAPER (1992) in BORSI (1997) besteht ein Ziel von Personalentwicklungsmaßnahmen darin, die berufliche Handlungskompetenz der Mitarbeiter zu fördern (vgl. ebd., S. 226). Diese Autoren unterteilen berufliche Handlungskompetenz in die Bereiche Fach/ Methodenkompetenz, Sozialkompetenz und personale Kompetenz (vgl. ebd., S. 226).

---

30 Eine Differenzierung der in der Literatur angeführten Kompetenzen nach den verschiedenen Qualitätsmanagement-Modellen und Ansätzen wird als nicht erforderlich betrachtet, da überwiegend analoge Kompetenzen von den Autoren angegeben werden.

Zusammengefasst werden folgende Kompetenzen von den Mitarbeitern im Kontext der Einführung eines Qualitätsmanagements und des Qualitätsentwicklungsprozesses gefordert und nachfolgend beschrieben:<sup>31</sup>

geforderte Kompetenzen in der Qualitätsentwicklung	Handlungskompetenz
	personale Kompetenz
	Fachkompetenz fachlich/funktionale Kompetenz
	methodische Kompetenz organisatorische Kompetenz strategische Kompetenz Managementkompetenz
	Kommunikationskompetenz
	soziale Kompetenz gruppensdynamische Kompetenz Mitwirkungskompetenz Interaktionskompetenz
	Selbstorganisationskompetenz
	Selbstlernkompetenz

*Tabelle 5-4: Geforderte Kompetenzen in der Qualitätsentwicklung*

### **Handlungskompetenz**

Für die Umsetzung eines umfassenden Qualitätsmanagements sind nach EVERSHEIM (1997) verschiedene Kompetenzen erforderlich (vgl. ebd., S. 72f.). Die Handlungskompetenz als übergreifende Kompetenz erfordert die Fähigkeit zur Umsetzung der fachlichen, methodischen, personalen und sozialen Kompetenz, der Kommunikationskompetenz, der Selbstorganisationskompetenz sowie der Selbstlernkompetenz (als Fähigkeit zur Weiterentwicklung der Handlungskompetenz). Handlungskompetenzen werden von den Pflegekräften im Zusammenhang mit den angewendeten Handlungen der täglichen Arbeit in der Pflege und Betreuung von Bewohnern sowie im Qualitätsmanagement erworben, z. B. in Qualitätszirkeln und Projektgruppen, im Rahmen der Konzeption eines Beschwerdemanagements oder bei der Entwicklung und Einführung von Pflegestandards.

### **Personale Kompetenz**

Zur personalen Kompetenz zählen der Bereich der Selbstkompetenz, d. h. mit dem Selbst der Person verknüpfte Verhaltensweisen. Er umfasst die Anpassungs-, Integrations-, Selbstkritik- und Motivationsfähigkeit, die Fähigkeit zur Selbstbeobachtung und Selbstreflexion, Kompetenzbewusstsein sowie die Aspekte Selbstbewusstsein, Aufgeschlossenheit, Flexibilität, Eigeninitiative, Sensibilität, Freundlichkeit und soziales Verständnis (vgl. GREIF/KURTZ 1996, S. 145).

Weiterhin umfasst die personale Kompetenz die Fähigkeit zur Selbstständigkeit, sowie mit sich selbst, den beruflichen Anforderungen, Belastungen und mit Körper und Psyche reflektiert umgehen zu können (vgl. RUNDER TISCH PFLEGE AG II 2005, S. 27). Außerdem stellt personale Kompetenz die Fähigkeit zur Gefühlsarbeit gegenüber den Kollegen, Bewohnern und deren Angehörigen sowie auch die Fähigkeit, Rollenkonflikte bewältigen zu können dar (vgl. EVERSHEIM 1997, S. 75).

---

31 Mehrfachnennungen wurden gruppiert und Teilkompetenzen übergeordneten Kompetenzen zugeordnet.

**Fachkompetenz**

Im Qualitätsmanagement ist besonders die fachliche Kompetenz des Mitarbeiters wichtig. Sie stellt die Fähigkeit zum Umgang mit und zur Anwendung von Arbeitsmitteln im Arbeitsprozess dar (vgl. EVERSHEIM 1997, S. 72). Die Fachkompetenz enthält neben beruflichen Fachkenntnissen und Fachwissen zur Ausübung der qualitätsrelevanten Pflegetätigkeiten, orientiert an den Struktur-, Prozess- und Ergebnisstandards, auch medizinische und technische Kenntnisse (vgl. ebd., S. 76 und SCHMITZ/HOFMANN 2000, S. 140).

Zur Fachkompetenz zählen weiterhin Kenntnisse in operativem Handlungswissen und Fähigkeiten zur Umsetzung notwendiger Handlungsweisen (vgl. GREIF/KURTZ 1996, S. 62). Neben den beruflichen Kenntnissen und Fertigkeiten umfasst die fachliche Kompetenz im Zusammenhang mit der Methodenkompetenz ebenfalls kognitive Fähigkeiten für Problemlösungsstrategien sowie prozessübergreifende Kenntnisse, Erfahrungen und Fähigkeiten zu situationsbestimmten Arbeitshandlungen (vgl. DEHNBOSTEL/DYBOWSKI 2000, S. 219; vgl. BORSI 1997, S. 227f.).

**Methodische Kompetenz**

Die methodische Kompetenz enthält die „*Fähigkeit, sich flexibel auf veränderte Arbeitsbedingungen einzustellen*“ (vgl. EVERSHEIM 1997, S. 72). Sie umfasst Methodenkenntnisse in der empirischen Sozialforschung sowie Kenntnisse und Befähigungen in der Anwendung von Methoden und Instrumenten zur Qualitätsverbesserung (vgl. DAHLGAARD/SCHIEMANN 1996, S. 55 und EICHHORN 1997, S. 145ff.).

Außerdem zählen Fähigkeiten in der Personalführung (Managementkompetenz), Organisationsfähigkeit (organisatorische Kompetenz) und Präsentationsfähigkeit dazu. Neben Fähigkeiten, Probleme und Fehler selbständig zu analysieren (Problemanalysefähigkeit) und zu beheben (Problemlösungsfähigkeit), stellen Moderations- und Prozessanalysetechniken ebenfalls Komponenten der Methodenkompetenz dar. Sie führen zur kontinuierlichen Verbesserung der pflegerischen Maßnahmen (vgl. GREIF/KURTZ 1996, S. 19 und VIETHEN 1995, S. 75).

Weiterhin zählt zur methodischen Kompetenz die strategische Kompetenz, die Fähigkeiten zum strategischen, problemorientierten und unternehmerischen Denken und Handeln umfasst (vgl. BÖNSCH 1994, S. 61f.).

**Kommunikationskompetenz**

Die Kommunikationskompetenz enthält die Komponenten verbale und nonverbale Kommunikationskompetenz und stellt die Kommunikationsfähigkeit, Gesprächsfähigkeit sowie die mündliche und schriftliche Ausdrucksfähigkeit dar (vgl. GREIF/KURTZ 1996, S. 145). Diese Kompetenz ist insbesondere im Sinne einer bewohnerorientierten, pflegerischen und betreuenden Interaktion mit dem Bewohner und für eine Beziehungsgestaltung zum Bewohner wichtig. Eine Beziehung zum Bewohner wird neben sozialen und personalen Kompetenzen durch die Kommunikation hergestellt und aufrechterhalten. Sie befähigt die Mitarbeiter, mit Bewohnern, Angehörigen und Kollegen konstruktiv kommunizieren zu können (vgl. RUNDER TISCH PFLEGE AG II 2005, S. 27).



### **Soziale Kompetenz**

Die soziale Kompetenz umfasst kommunikative Fähigkeiten und Teamfähigkeiten sowie die Fähigkeit der Verantwortungsbereitschaft und -übernahme (vgl. EVERSHEIM 1997, S. 72f.) Zur sozialen Kompetenz zählt ebenfalls die Mitwirkungskompetenz. Sie umfasst die Fähigkeit, „den eigenen Arbeitsplatz und die Arbeitsstrukturen mit zu gestalten [...] und arbeitsplatzbezogene [...] Probleme zu lösen“ (ebd. 1997, S. 72).

Soziale Kompetenz in der Gruppenarbeit wird durch Teamfähigkeit, Fähigkeiten zur Verantwortungsbereitschaft und -übernahme, durch Fähigkeiten zur Kooperation und zur Kompromissbereitschaft, durch Fähigkeiten zum Aufbau von Vertrauen, Akzeptanz und Toleranz sowie durch Fähigkeiten zur Offenheit und Partnerschaftlichkeit bestimmt (vgl. EVERSHEIM 1997, S. 72f.).

Weiterhin fördert die Gruppenarbeit die Sozial-, Methoden- und Mitwirkungskompetenz (vgl. EVERSHEIM 1997, S. 74). Qualitätszirkel, als eine Form der Gruppenbildung, stellen eine Verbesserung der Produkt- und Arbeitsqualität dar. Dabei werden Probleme effektiver besprochen und Lösungen erarbeitet, um so die Qualität der Arbeit zu verbessern (vgl. DECKER 1995, S. 179).

Die Qualität der pflegerischen Handlungen ist nach EVERSHEIM (1997) in hohem Maße von der Beziehung der Mitarbeiter zum Bewohner abhängig. Aus diesem Grund enthält die soziale Kompetenz auch die Fähigkeiten, Kontakte zum Bewohner herzustellen, Wünsche und Zufriedenheit der Bewohner zu erfragen, zu analysieren und zu beurteilen (vgl. ebd., S. 70).

Die Interaktionskompetenz wird als ein weiterer Aspekt der sozialen Kompetenz betrachtet. Sie umfasst Fähigkeiten zum Umgang mit anderen Menschen, Kooperationsfähigkeit, Teamfähigkeit, Kontaktfähigkeit, Kritikfähigkeit, Konfliktfähigkeit sowie eine Bereitschaft zur Dienstleistungserbringung (vgl. GREIF/KURTZ 1996, S. 145).

### **Selbstorganisationskompetenz**

Im Qualitätsmanagement werden neben den bisher erläuterten Kompetenzen auch Selbstorganisationskompetenzen als Untergruppe der sozialen Kompetenz von den Mitarbeitern gefordert. Sie stellen die Fähigkeit zur Selbstorganisation, d. h. zur eigenständigen Strukturierung und Ordnung von Aufgaben, Regeln und Handlungen dar. Selbstorganisationskompetenzen setzen u. a. einen ausreichenden Handlungs- und Verantwortungsspielraum voraus (vgl. GREIF/KURTZ 1996, S. 166f.).

Selbstorganisationskompetenz umfasst Fähigkeiten zur aktiven Partizipation und Mitgestaltung an Entscheidungsprozessen (Qualitätsziele, Qualitätspolitik und Qualitätsverbesserungsprozesse) zur Entwicklung eines Qualitätsbewusstseins bei den Mitarbeitern (vgl. SCHMITZ/HOFMANN 2000, S. 22f.; BACHNER 1999, S. 42). Dafür werden die Handlungsspielräume der Mitarbeiter zur Beteiligung und Ermächtigung zu selbständigem Handeln durch Entscheidungskompetenz erweitert, um den Prozess einer kontinuierlichen Qualitätsverbesserung zu unterstützen (vgl. SPÖRKE ET AL. 1997, S. 173; WEIGERT 2004, S. 251).

### Selbstlernkompetenz

Die Selbstlernkompetenz soll in diesem Kontext allgemein als „die Fähigkeit zum selbständigen Lernen, um die Handlungskompetenz [und ihre untergeordneten Kompetenzen] zu erhalten und weiterzuentwickeln“ definiert werden (EVERSHEIM 1997, S. 73). Qualitätszirkel als Form der Gruppenarbeit unterstützen die „Selbstlernfähigkeit“ der Mitarbeiter in der Qualitätsentwicklung. Komponenten der Selbstlernkompetenz stellen die Kompetenz zur Sicherung der Innovations-, Improvisations- und Handlungsfähigkeit, die Kompetenz zur Entwicklung von Innovationskraft und Kreativität sowie die Gestaltungskompetenz dar (vgl. DYBOWSKI-JOHANNSSON 1996, S. 220f.)

## 5.5 Zusammenfassung

Zusammenfassend und abgrenzend von der Darstellung der Kompetenzen von Pflegekräften in Krankenhäusern und Kliniken soll an dieser Stelle nochmals hervorgehoben werden, dass die Betreuung und Pflege älterer Menschen in Einrichtungen der Altenpflege maßgeblich durch Beziehungsarbeit zwischen Mitarbeitern und Bewohnern erfolgt und geprägt wird. Qualität in der Arbeit mit älteren Menschen zielt auf eine bewohnergerechte, menschenwürdige und individuelle Betreuung und Pflege alter Menschen. Das schließt die Qualität der Beziehung zu den Pflegekräften ebenso ein wie die Pflegequalität.

Qualität in der Beziehungsarbeit bedeutet:

- ~ den Bewohnern zu ermöglichen, ihr Leben nach ihren Bedürfnissen zu verwirklichen,
- ~ die Individualität jedes Menschen zu achten,
- ~ dem Bewohner die Erhaltung seiner Selbständigkeit und seine freie Entfaltung zu ermöglichen,
- ~ dem Bewohner Wahlmöglichkeiten in den täglichen Arbeitsabläufen und in sozialen Beziehungen einzuräumen.

Zur Gewährleistung der Würde und Lebensqualität, einer Beziehungs- und Pflegequalität, müssen die Mitarbeiter neben fachlich-methodischen Kompetenzen auch über Kompetenzen verfügen, die diese Handlungen im Arbeits- und Beziehungsalltag ermöglichen. Diese Kompetenzen und deren Entwicklung oder Erweiterung durch die Qualitätsentwicklung im Altenpflegeheim soll in dieser Untersuchung empirisch überprüft werden (vgl. Kapitel 8).

Die im vorangegangenen Abschnitt geforderten Kompetenzen im Kontext des Qualitätsmanagements lassen im Vergleich mit den Inhalten und Themen der Bildungsmaßnahmen, die in Kapitel 4.2.1 dargelegt werden, Unstimmigkeiten erkennen. Diese bestehen darin, dass sich die Bildungsmaßnahmen schwerpunktmäßig auf fachlich-methodische Kompetenzen (Fachwissen, Problemlösungstechniken) und soziale Kompetenzen (zur Einführung und Umsetzung eines Qualitätsmanagements in Mitarbeiterteams) beziehen.

Die Verbesserung der Pflege- und Betreuungsqualität, der Beziehungsgestaltung und Beziehungsarbeit, die das Ziel der Qualitätsentwicklung in Einrichtungen der Altenpflege darstellen, erfordern aber, wie bereits schon bei OLBRICH (1999), HOLOCH (2002) KLEMENS (1991), VOSS (1990), WEYERER/ZIMMER (1999) angedeutet, vom Mitarbeiter personale

und sozial-kommunikative Kompetenzen in der Interaktion mit Bewohnern (Fähigkeiten, wie Empathie, Freundlichkeit, Fürsorge, Offenheit und Verständnis für die Bewohner sowie emotionale, verbale und nonverbale Zuwendungen, Hilfsbereitschaft, Wertschätzung und Respekt).

In den Ausführungen zur Mitarbeiterentwicklung und Qualitätsentwicklung in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen werden diese Fähigkeiten als Komponenten der Kompetenzen bis auf vereinzelte, wie Sensibilität, Freundlichkeit und soziales Verständnis, Kommunikation (gemeint ist jedoch konstruktive Kommunikation), Vertrauen, Akzeptanz und Toleranz (aber bezogen auf die Gruppenarbeit), nicht angeführt.

An dieser Stelle können sich die folgenden Fragen oder Überlegungen ergeben: Welche Kompetenzen der Mitarbeiter werden im Zusammenhang mit der Qualitätsentwicklung entwickelt und erweitert? Oder anders ausgedrückt: Ist ein Qualitätsmanagement und die Qualitätsentwicklung überhaupt in der Lage, personale und sozial-kommunikative Kompetenzen der Mitarbeiter in Pflegeeinrichtungen zu fördern? Welche Lernanforderungen ergeben sich daraus für die Mitarbeiter im Kontext der Qualitätsentwicklung?

Die Lernansätze und die Lernhaltigkeit der QM-Modelle und -Ansätze (vgl. Kapitel 3.3ff.) sowie die Ausführungen zur Mitarbeiterentwicklung (vgl. Kapitel 4.2) lassen bereits einige Überlegungen zu, die in die Richtung eines individuellen Lernens und einer Organisationsentwicklung (durch die Einführung eines Qualitätsmanagements oder auch durch organisationales Lernen) gehen. Aus diesem Grund soll im anschließenden Kapitel auf das Organisationslernen und die Aspekte Organisationsentwicklung, Qualitätsentwicklung sowie organisationale Lernprozesse näher Bezug genommen werden.

## 6 Organisation und Organisationslernen

Bevor nachfolgend auf die Konzepte Organisationsentwicklung und Organisationslernen eingegangen wird, soll zunächst eine Klärung des Organisationsbegriffes erfolgen.

### 6.1 Was bedeutet Organisation – eine Begriffsklärung

Organisation ist ein Begriff, dessen Bedeutung und Klärung im Kontext der Wirtschaftswissenschaften, insbesondere der Betriebswirtschaftslehre, der Sozialwissenschaften sowie auch der Organisationspsychologie, vorgenommen wurde. Die folgenden Ausführungen stellen einen Ausschnitt zum Begriffsverständnis dar, soweit es für diese Untersuchung relevant ist.<sup>32</sup>

Generell wird von einem instrumentellen und institutionellen Organisationsbegriff ausgegangen (vgl. SCHREYÖGG 1998, S. 5). Ersterer bezieht sich auf ein bestimmtes Merkmal einer Institution als Organisation, z. B. auf die Arbeitsorganisation, Ablauforganisation oder Umorganisation einer Einrichtung. Dabei können wiederum zwei begriffliche Aspekte des instrumentellen Organisationsbegriffs unterschieden werden: Nach dem funktionalen Aspekt wird Organisation als Aufgabe des Managements auch im Sinne von Planung und Durchführung der Ziele einer Institution verstanden. Den zweiten Aspekt stellt der konfigurative Organisationsbegriff dar, der Organisation als ein Strukturgefüge oder Gerüst bezeichnet (vgl. ebd., S. 7f.).

Mit dem institutionellen Begriff sind Systeme als Organisationen gemeint, wie z. B. Unternehmen, Einrichtungen der Altenpflege, Bildungsinstitutionen oder Kirchenbehörden. Diesen Organisationen ist gemeinsam, dass sie spezifische Zwecke verfolgen, durch eine Struktur im Sinne einer Arbeitsteilung und Arbeitskoordination gekennzeichnet sind sowie Grenzen zur Umwelt aufweisen (vgl. SCHREYÖGG 1998, S. 9f.)

Wenn im Folgenden von Organisation gesprochen wird, sind vornehmlich die Institutionen als Organisation gemeint. Die Struktur der Organisation bzw. das Organisieren, das Regeln, Abläufe oder Arbeitsprozesse umfasst, wird entsprechend bezeichnet.

Zur Organisationsstruktur ist zu bemerken, dass diese eine durch Regeln geschaffene Ordnung der Institution bezeichnet. Diese Regeln richten sich immer auf das Verhalten und die Handlungen der Mitglieder in der Organisation und beeinflussen deren Aktionen und Handlungen (vgl. SCHREYÖGG 1998, S. 12). Sie können einerseits formal (formell), d. h. offiziell und geplant, und andererseits informal (informell) ausgeprägt sein. Die informellen Regeln organisieren insbesondere die Handlungen, Kommunikationswege und Hierarchien der Mitarbeiter in informellen (Arbeits-)Gruppen (vgl. ebd., S. 13f.).

---

<sup>32</sup> Umfassende Ausführungen zur Organisation und Organisationsgestaltung sind bei GUTENBERG (1983), PROBST (1992), MARCH/SIMON (1958), LUHMANN (1994), PARSONS (1951) und auch SIMS/FINEMAN/GABRIEL (1993) nachzulesen.

PROBST (1992) geht davon aus, dass eine Organisationsstruktur durch die Wechselbeziehungen zwischen den Mitgliedern der Institution entsteht. Diese Struktur bzw. Ordnung der Organisation kann nicht von den Führungskräften kontrolliert, aber durch Regelungen und Vorschriften gelenkt werden. (vgl. ebd., S. 17). Der Autor unterscheidet ebenfalls formale und informale Aspekte und Regeln einer Organisation, wobei die formalen Aspekte rationale, beobachtbare Regeln, wie z. B. Planung, Unternehmenspolitik, Stellenbeschreibung und die informalen Aspekte affektive und oftmals verdeckte Regeln, wie beispielsweise Interaktionen, Machtverteilung, Vertrauen, Motivationen darstellen (vgl. PROBST 1992, S. 45).

Die informellen Gruppen in einer Organisation bilden den Ansatzpunkt der Diskussion um die Fremd- oder Selbstorganisation in einer Organisation. Selbstorganisation bedeutet, dass es in Organisationen zu ungeplanten Ordnungen von Prozessen durch die Interaktionen der Mitglieder kommen kann. In diesem Zusammenhang wird Organisieren auch als Motivation der Mitarbeiter verstanden, sich an Lösungen und Problemen der Prozesse in der Institution zu beteiligen. Im Gegensatz dazu geht der Ansatz der Fremdorganisation davon aus, dass eine vorgegebene und geplante Struktur und Ordnung der Prozesse in einer Organisation von außen eingebracht wird und somit die Interaktionen und informellen selbstorganisierten Prozesse in der Organisation eventuell einschränkt (vgl. SCHREYÖGG 1998, S. 16).

Organisieren bzw. Organisation bedeutet nach SCHREYÖGG (1998) auch, dass innerhalb einer Organisation sich ändernde Prozesse ablaufen, die angepasst und gelöst werden müssen. Folglich wird Organisieren auch als „*ständiger Prozess*“ der Veränderung, Anpassung und Optimierung aufgefasst, der als Aufgabe der Organisation hinsichtlich eines organisatorischen Wandels zu bewerkstelligen ist (ebd., S. 19).

## 6.2 Organisatorischer Wandel

Den Ausgangspunkt für eine Organisationsgestaltung bzw. einen Wandel bilden theoretische Grundlagen in Form von Organisationstheorien. An dieser Stelle soll nicht auf alle Organisationstheorien näher eingegangen werden. Ausführliche Explikationen finden sich dazu bei FREESE (1992), KIESER (1993) SCHREYÖGG 1998, PROBST 1992, PROBST 1987. Nachfolgend werden zwei organisationstheoretische Ansätze angerissen. Die Darstellungen erweisen sich für ein besseres Verständnis als erforderlich und verdeutlichen den Zusammenhang zur Organisationsentwicklung (OE) als Aspekt des organisatorischen Wandels.

Ausgehend von einer überholten und kritisierten Veränderung der Organisation durch Anordnung, Planung und entsprechende Handlungen, die den Wandel als „*planerisches Problem*“ versteht, verfolgt der Ansatz der verhaltenswissenschaftlich orientierten Organisationsgestaltung, den Wandel als „*eigenständiges Problem*“ zu erfassen und spezifische Problemlösungen zu entwickeln (SCHREYÖGG 1998, S. 487f.).

Der **Human-Ressourcen-Ansatz** wird den modernen Organisationstheorien zugeordnet und zielt auf eine motivationsorientierte Neugestaltung der Strukturen und Prozesse in einer Organisation, unter Einbezug und Ausrichtung auf die menschlichen Bedürfnisse und wirtschaftliche Nutzung der individuellen Ressourcen der Organisationsmitglieder (vgl.

SCHREYÖGG 1998, S. 52). Dieser Ansatz geht von der humanistischen Psychologie aus, wobei im Zentrum die Persönlichkeitsentwicklung des Menschen steht, der nach Selbstverwirklichung und individuellem Wachstum am Arbeitsplatz strebt.

Den Mitarbeitern soll im Rahmen dieses Ansatzes mehr Partizipation an Entscheidungen, Entwicklungsmöglichkeiten, Vertrauen und Kommunikation durch Gruppenarbeit ermöglicht und zuteil werden, um eine Selbstkontrolle in der Organisationsgestaltung zu erreichen. Aus diesem organisationstheoretischen Ansatz entwickelte sich das Konzept der Organisationsentwicklung (vgl. 6.3), das hinsichtlich der Umsetzung dieser Theorie in die Praxis mit verfestigten Strukturen umgehen muss. Dazu ist es notwendig, diese Strukturen bei den Mitarbeitern zu lösen und ihnen die Angst vor Veränderungen und Unbekanntem zu nehmen (vgl. SCHREYÖGG 1998, S. 53). Die Organisationsentwicklung geht davon aus, dass eine Veränderung im Verhalten der Mitarbeiter Veränderungs- und Entwicklungsprozesse in der Organisation bewirkt.

Der **systemische bzw. systemtheoretische Ansatz** bezieht sich auf die Interaktion der Mitglieder einer Organisation sowie auf die Interaktion der Umwelt mit der Organisation in einer ganzheitlichen Sicht (vgl. PROBST 1992, S. 445f.). Dabei wird die Organisation von ihren Mitgliedern bewusst und unbewusst gestaltet, indem sie ihre eigenen Ziele integrieren und somit den Wandel mitgestalten und entwickeln. Diese Theorie geht davon aus, dass die Mitglieder der Organisation verantwortlich an Entscheidungen partizipieren und kohärente Interaktionen der Organisation mit der Umwelt nur möglich werden, wenn die Interaktionen zwischen den Mitgliedern der Organisation hinsichtlich einer Beteiligung an der Entscheidungsfindung zur Gestaltung der internen Strukturen und Veränderungen erfolgen (vgl. ebd., S. 447).

Ausgehend vom systemtheoretischen Ansatz wird das menschliche Verhalten auch als interaktiver Prozess zwischen Mensch und Umwelt betrachtet. Das Gruppenverhalten und das individuelle Verhalten der Mitglieder in einer Organisation sind miteinander verbunden und gekennzeichnet durch Kommunikation, Vertrauen, Hierarchien und Rollen. Demzufolge wird die Organisation durch das Verhalten der Mitglieder beeinflusst (vgl. PROBST 1992, S. 392). Die Reorganisation bzw. der organisatorische Wandel kann eine Kohärenz der Interaktion zwischen Organisation und Umwelt und den Mitgliedern schaffen. PROBST (1992) definiert Reorganisation vor dem Hintergrund dieser Theorie als *„natürlicher Organisationsprozeß komplexer Systeme, ein kontinuierlicher Strukturierungsprozeß, ausgelöst durch die Hypothese, daß eine Organisation sich zwar eventuell mehr oder weniger langfristig stabilisieren, sich aber keinesfalls der Dynamik der Informationen entziehen kann, die ihre Identität immer wieder in Frage stellt.“* (ebd., S. 393).

Der organisatorische Wandel wird von PROBST (1992) mit einer Reorganisation bzw. Umorganisation einer Institution in Zusammenhang gebracht (vgl. ebd., S. 181). Die Notwendigkeit eines organisatorischen Wandels ergibt sich häufig aufgrund inkohärenter Bezüge zwischen Prozessen und Strukturen einer Organisation und den angestrebten Zielen und Zwecken. Dabei reagiert eine Organisation auf Störungen oder Veränderungen, indem sie die organisatorischen Strukturen weiterentwickelt und umgestaltet.

PROBST (1992) geht davon aus, dass Veränderungen der Strukturen einer Organisation einerseits Verhaltensänderungen der Mitglieder und andererseits eine Anpassung und Neugestaltung der Organisationsprozesse erfordern. Dafür kann die Institution aktiv auf die Umwelt reagieren und die Umweltprozesse umgestalten, um deren Einflüsse auf die Organisation zu verändern oder aber die Institution passt ihre internen Strukturen auf veränderte Werte- und Gesellschaftssysteme an (vgl. ebd., S. 185f.). Der Autor führt weiterhin wichtige Motive bzw. Faktoren für eine Reorganisation an:

- ~ technologische Veränderungen bzw. technische Innovationen
- ~ Neupositionierung bzw. Veränderung der Identität und Strategie der Organisation
- ~ Unternehmenskultur bzw. Veränderung von Normen, Werten, Verhalten, Denkmustern und Kompetenzen der Organisationsmitglieder
- ~ Machtstruktur bzw. Veränderung von Rollenstrukturen, z. B. zwischen Generalisten und Spezialisten
- ~ Konfiguration der Organisation bzw. reorganisieren von internen Strukturen sowie Änderungen der Handlungen der Mitglieder (vgl. PROBST 1992, S. 186-203).

Der organisatorische Wandel bzw. die Reorganisation<sup>33</sup> löst unter den Mitgliedern der Organisation nicht selten Widerstand und Ängste gegen die Änderungen aus. Diese Ängste oder Widerstände können darauf zurückgeführt werden, dass die existenten Strukturen und Ordnungen verändert oder ersetzt werden, die erst begreifbar sind, nachdem sie verwirklicht wurden. (vgl. PROBST 1992, S. 245). Ein möglicher Widerstand gegen einen geplanten Wandel kann auch aufgrund einer Befürchtung von Verschlechterungen mit Blick auf die eigenen Kompetenzen, z. B. Verlust von Kompetenzen, Ansehen oder Angst vor der Arbeit in neuen Teams ausgelöst werden (vgl. BURKE 1982 in SCHREYÖGG 1998, S. 489).<sup>34</sup>

Zum Umgang mit den Widerständen der Mitarbeiter in der Organisation gegen Veränderungen entdeckte LEWIN (1943, 1958) im Rahmen seiner Experimentalstudien entscheidende Ansätze. Er fand in seinen Untersuchungen zur „Überwindung von Speiseabscheu“ heraus, dass eine Ablehnung von Veränderungen durch die Aufklärung und Information über die geplanten Änderungen sowie eine Sammlung von Gründen für einen möglichen Widerstand gegen die Veränderung durch die Mitarbeiter (im Rahmen von Gruppenmethoden und Diskussionen in Gruppen) wesentlich abgebaut werden konnte (vgl. LEWIN 1943, 1958 in SCHREYÖGG 1998, S. 492ff.). Daraus leitet der Autor die folgenden Grundsätze für einen organisatorischen Wandel ab (vgl. ebd., S. 494f.):

- ~ Die Mitarbeiter einer Organisation sollen aktiv an der Veränderung teilnehmen, d. h. über den geplanten Wandel informiert und an Entscheidungen zu den Veränderungen beteiligt werden.
- ~ Wandelprozesse, die in Gruppenarbeit und Gruppenmethoden von den Mitarbeitern durchgeführt werden, sind weniger entmutigend und vollziehen sich schneller.
- ~ Die Bereitschaft zum organisatorischen Wandel wird durch Kooperation erhöht.

---

<sup>33</sup> Zur Erläuterung der Phasen der Reorganisation vgl. ausführlich PROBST (1992).

<sup>34</sup> Von WATSON (1975) werden die Gründe für einen Widerstand gegen Veränderungen im Sinne eines organisatorischen Wandels überdies in zwei Konzepte differenziert: Widerstände aus der Person und Widerstände aus der Organisation (vgl. ausführlich ebd.).

- ~ Organisatorischer Wandel wird in Zyklen umgesetzt. Für die Beteiligung der Mitarbeiter bedeutet das, dass in einer Auflockerungsphase zunächst die Bereitschaft zur Veränderung bei den Mitarbeitern erzeugt wird und in einer Beruhigungsphase eine Stabilität bewirkt wird.
- ~ Wandelprozesse erzielen eine Wirkung, wenn im Sinne einer Auftauphase die bisherigen Prozesse und Strukturen hinterfragt werden und die Erfordernisse eines Wandels von den Mitarbeitern erfahren werden.

Auf Basis dieser Erkenntnisse entwickelte LEWIN (1958) ein Phasenmodell organisatorischer Änderungen „*unfreezing, moving, refreezing*“ (vgl. ebd., S. 210f.). In der Auftauphase („*unfreezing*“) erfolgt die Planung des Änderungsprozesses und es werden Hypothesen der Änderungen entwickelt. Dafür muss sich die Organisation in die Ungewissheit hineinbegeben und eine Veränderungsbereitschaft bei den Mitarbeitern erzeugen, die z. B. durch ein Selbstbewertungssystem oder durch die Analyse von Stärken und Schwächen in der Organisation veranlasst werden kann.

In der zweiten Phase der Veränderung („*moving*“) steht die Implementierung und Durchführung der Veränderungen im Mittelpunkt. Der erreichte Wandel muss in der dritten Phase („*refreezing*“) stabilisiert und eingefroren werden. Dies ist notwendig, um einen neuen Gleichgewichtszustand der Organisation herzustellen, der ein Aufleben alter Strukturen oder Verhaltensweisen der Mitarbeiter verhindert.

Eine Änderung organisatorischer Prozesse und Strukturen sowie die damit einhergehenden Veränderungen der Verhaltensweisen der Mitarbeiter in der Organisation erfordern eine systematische und strukturierte Planung von Änderungsprozessen. Eine bedeutende Rolle zur Unterstützung organisatorischer Wandelprozesse nehmen in diesem Zusammenhang Kleingruppenarbeit und Gruppentrainingsmethoden ein.<sup>35</sup> Neben der Verbreitung dieser Gruppenmethoden bildet sich die Organisationsentwicklung als „Spezialzweig“ der organisatorischen Wandelprozesse heraus (vgl. SCHREYÖGG 1998, S. 501). Im folgenden Kapitel soll die Organisationsentwicklung und ihre Ansätze vorgestellt werden.

Aus den dargestellten Überlegungen LEWINS zum Umgang mit Widerständen der Mitarbeiter in Organisationen gegen Veränderungen ergeben sich an dieser Stelle resümierend für die Untersuchung der Kompetenzentwicklung folgende Schlussfolgerungen: Der Einführungsprozess eines Qualitätsmanagements verlangt die Berücksichtigung der aufgeführten Grundsätze des organisatorischen Wandels. Die Beteiligung der Mitarbeiter an den Veränderungsprozessen und insbesondere die Aufklärung, warum die Einführung eines Qualitätsmanagement nötig ist und welche Ziele die Leitung einer Pflegeeinrichtung damit verfolgt, sind für die Akzeptanz und Annahme von Veränderungsprozessen durch die Pflegekräfte elementar. Das bedeutet, die Leitung muss die Mitarbeiter an Entscheidungen beteiligen, Gruppenarbeit und Qualitätszirkel einführen, in denen die Mitarbeiter Verantwortung für die Bearbeitung relevanter Fragestellungen im Zusammenhang mit der

---

<sup>35</sup> Zu spezifischen Gruppenmethoden der OE, wie z. B. Sensitivity-Training vgl. FENGLER (1981), LUFT (1972) und Survey-Feedback vgl. MANN (1961), LIKERT (1961).



Verbesserung der Pflegequalität, Betreuungsqualität, der Anpassung und Veränderung von arbeitsorganisatorischen Abläufen übernehmen können.

Im Zusammenhang mit möglichen Einflüssen auf die Entwicklung individueller Kompetenzen der Pflegekräfte kann als Anregung aus den vorhergehenden Darstellungen entnommen werden, dass die Kompetenzentwicklung vermutlich durch den Einführungsprozess beeinflusst wird. Diese Einflüsse beziehen sich z. B. auf die Information und die Aufklärung der Mitarbeiter durch die Leitung und das Management zum Einführungsprozess. Weiterhin kann angenommen werden, dass ein Lernen der Pflegekräfte durch ihre Beteiligung an Entscheidungen, durch Verantwortungübertragung sowie durch Gruppenarbeit unterstützt werden kann. Weitere Vermutungen gehen zudem in die Richtung, dass durch die Qualitätsentwicklung individuelle Kompetenzen der Mitarbeiter durch Ablehnung und Widerstand gegenüber den Veränderungen entwickelt werden, die auf das Management und den Einführungsprozess der Qualitätsentwicklung zurückgeführt werden können.

### 6.3 Organisationsentwicklung

Ausgehend von einer Begriffsbestimmung der Organisation als ein Gefüge sich ständig verändernder Prozesse wird die Organisationsentwicklung als eine Form oder ein Ansatz zur Bewältigung des Wandels und damit der Veränderung der Organisation betrachtet. Es existieren verschiedene Definitionen zur Organisationsentwicklung. Prinzipiell kann jedoch die Durchführung von Maßnahmen zur geplanten und systematisch gesteuerten Veränderung (geplanter Wandel) der Organisation unter dem Begriff verstanden werden (vgl. SCHIERSMANN/THIEL 2000, S. 34).

Die übereinstimmenden Kennzeichen des Begriffs Organisationsentwicklung fasst SCHREYÖGG (1998) in fünf Punkten zusammen (vgl. ebd., S. 502f.):

1. Ziel der Organisationsentwicklung ist das Bewirken eines *geplanten Wandels* in der Organisation.
2. Die Organisationsentwicklung setzt sich zum Ziel, das gesamte System i. S. eines *ganzheitlichen Ansatzes* in einem langfristig angelegten Prozess zu verändern.
3. Die Basis für die veranlassten Wandelprozesse bildet die *Anwendung sozialwissenschaftlicher Theorien*.
4. Die Ansätze der OE zielen auf die *Veränderung des Verhaltens* der Mitglieder *und der Struktur* der Organisation.
5. Die Konzeption und Steuerung der Wandelprozesse wird von ausgebildeten *Spezialisten* und Beratern vorgenommen.

PROBST (1992) versteht unter Entwicklung im Sinne der Organisationsentwicklung<sup>36</sup> eine „*Philosophie des Eingreifens und Lernens*“, die bei den Beziehungen zwischen der Organisation und ihren Mitgliedern untereinander und der Organisation mit der Umwelt ansetzt (ebd., S. 450). Dabei entwickelt und erweitert die Organisation ihre Handlungs-

---

36 PROBST (1992) verwendet vornehmlich den Begriff Unternehmensentwicklung, der von ihm synonym zur Organisationsgestaltung verwendet wird.

und Problemlösungsmöglichkeiten nicht nur im Hinblick auf die Ausübung der Handlungen, sondern auch hinsichtlich des Verstehens des Handlungs- und Veränderungsprozesses, d. h. warum die Handlungen so ausgeführt werden und wie neues Wissen erworben werden kann.<sup>37</sup> Bezogen auf die Organisationsentwicklung in Altenpflegeeinrichtungen bedeutet dies, dass die Organisation zunächst lernt, die Pflege und Betreuung als Dienstleistung am Bewohner zu betrachten. In der nächsten Entwicklungsstufe lernt die Organisation, wie sie Pflege- und Betreuungsprozesse gestalten kann. In der folgenden Stufe der Entwicklung lernt die Organisation, wie sie den Lernprozess zur Gestaltung von Pflege- und Betreuungsprozessen konstruieren kann.

Die Organisationsentwicklung beruht auf einem problem- und prozessorientierten organisationalen Interesse der Organisation an strukturellen, ablauforientierten und personellen Veränderungen. Diese Veränderungen können Lernprozesse, Regel- und Aufgabenveränderungen darstellen. Die Basis für die Veränderungen und die Entwicklung von Organisationen stellen die Ressourcen, Strukturen, Aufgaben und Regeln der Organisation sowie die Rollen, Kompetenzen und Erfahrungen der Personen in den Organisationen dar (vgl. GREIF/KURTZ 1996, S. 65). Somit können einerseits einer Beteiligung der Mitarbeiter und andererseits dem Konzept der Selbstorganisation in der Organisationsentwicklung wichtige Funktionen zugeschrieben werden.

Die Organisationsentwicklung wird auch als Ansatz oder Konzept zum Aufbau einer lernenden Organisation betrachtet. BORSI (1994) stellt in ihren Ausführungen zur Entwicklung und Veränderung des Krankenhauses hin zu einer lernenden Organisation den Ansatz der Organisationsentwicklung vor. Danach erfolgen, getragen und initiiert durch den Mitarbeiter, Veränderungen der Strukturen und Prozesse einer Organisation, die auf einem Lernen aller beteiligten Mitglieder der Organisation beruhen (vgl. ebd., S. 176).

Der Prozess der Organisationsentwicklung umfasst nach KIESER (1993) folgende zu beachtende Schwerpunkte (vgl. ebd., S. 114):

- ~ Im Vordergrund der Veränderungen steht ein Prozess, nicht die Problemlösung.
- ~ Der Veränderungsprozess wird von den Mitarbeitern getragen, die einbezogen werden müssen.
- ~ Ein Berater kann den Prozess unterstützen und aktivieren.
- ~ Die Ziele der Organisation, z. B. Qualitätsentwicklung oder Innovationsfähigkeit, sollten neben den individuellen Zielen der Mitarbeiter, z. B. Persönlichkeits- und Kompetenzentwicklung oder Selbstverwirklichung, verfolgt und umgesetzt werden.

Bereits in den Ausführungen zur Gestaltung eines organisatorischen Wandels und sozialer Änderungsprozesse nach LEWIN (1958) (vgl. Kapitel 6.2) ist deutlich geworden, dass einer Beteiligung des Mitarbeiter in der Organisation im Rahmen von Gruppenarbeit eine besondere Beachtung zuteil wird. Zusammenfassend ist aus den Wandel-Modellen zu

---

37 Der Autor spricht in diesem Zusammenhang von einer qualitativen Entwicklung der Organisation in drei Lernstufen. Diese Lernstufen beziehen sich auf eine Entwicklung vom Methodenlernen über ein Lernen, das aufzeigt wie die Organisation vorgehen muss, um neue Methoden zu erlernen hin zu einem Lernen, das Lernen zu lernen (vgl. PROBST 1992, S. 451).

entnehmen, dass einerseits die Partizipation der Mitarbeiter entscheidend für den erfolgreichen Wandel ist, indem diese in den Veränderungsprozess einbezogen und daran beteiligt werden. Andererseits wird dem Management ein relevanter Einfluss zugeschrieben: Es muss bereit sein, seine Macht zu teilen. Dabei sollte der Führungsstil nicht zu delegativ oder autoritär angelegt sein, da mit jedem Wandel auch eine Veränderung bestehender Machstrukturen einhergeht (vgl. SCHREYÖGG 1998, S. 503f.)

### 6.3.1 Ansätze der Organisationsentwicklung

Die Maßnahmen der Organisationsentwicklung werden durch verschiedene Konzepte und Ansätze umgesetzt. Diese Konzepte umfassen Instrumente und Verfahren, Modelle oder Interventionsmethoden zur Organisationsentwicklung<sup>38</sup>. Im Folgenden werden Ansätze vorgestellt, die übereinstimmend in der Literatur genannt werden.

Die Ansätze und Maßnahmen zur Organisationsentwicklung zielen auf den Wandel des Gesamtsystems, können dabei aber auf verschiedenen Ebenen ansetzen: beim *„Individuum, der Gruppe, der Beziehung zwischen Gruppen, dem Gesamtsystem und der Beziehung zwischen Organisationen“* (SCHANZ 1994; CUMMINGS/WORLEY 1993 in SCHREYÖGG 1998, S. 506f.).

Demnach erfolgt häufig auch eine Gliederung der Instrumente und Verfahren zur Organisationsentwicklung unter den Aspekten der Förderung individueller Entwicklung, Entwicklung der Gruppe sowie Entwicklung des Gesamtsystems (vgl. PROBST 1992, DOPPLER/LAUTERBURG 1997). Teilweise wird auch eine Differenzierung der Methoden nach den Absichten einer Veränderung von Verhalten und Werten der Mitarbeiter und strukturellen, organisatorischen Veränderungen vorgenommen. Für die folgende Darstellung soll keine dieser Differenzierungen angewendet werden, da die vorgestellten Ansätze nicht immer eindeutig auf die Adressaten der Methode und hinsichtlich der Veränderungsabsicht zuordenbar sind. Vielmehr orientiert sich die Darstellung an der Annahme, dass durch eine Beteiligung der Mitarbeiter im Rahmen von Projekt- und Gruppenarbeit und im Zusammenhang mit der Qualitätsentwicklung als Aspekt der Organisationsentwicklung ein individuelles Lernen und Kompetenzentwicklung bei den Mitarbeitern sowie ein organisationales Lernen ermöglicht werden kann.

#### 6.3.1.1 Projektarbeit und Gruppenarbeit

Organisationen werden prinzipiell nicht auf einmal als ganzes System geändert. Der Änderungsprozess erfolgt vielmehr in einzelnen Schritten, die in der Durchführung von einzelnen Projekten umgesetzt werden. Diese Auffassung verfolgen SCHIERSMANN/THIEL (2000) und sehen demnach in der Projektarbeit ein zentrales Konzept zur Umsetzung der geplanten Veränderungsprozesse in der Organisationsentwicklung. Danach basiert eine Vielzahl einzuführender Veränderungsstrategien auf Arbeitsformen, die als Projekte konzipiert werden (z. B. im Altenpflegebereich die Evaluation der Bewohner- und

---

38 Bei DOPPLER/LAUTERBURG (1997) wird von Instrumenten und Verfahren zur Unternehmensentwicklung, bei PROBST (1992) von Instrumenten als Gestaltungshilfen eines Managements von Entwicklungsprozessen und bei SCHREYÖGG (1998) wiederum von Modellen bzw. Interventionsmethoden der OE gesprochen. Diese Konzepte stellen alle Ansätze zur Organisationsentwicklung dar.

Mitarbeiterzufriedenheit, Einführung von Pflegestandards, Konzeption und Umsetzung eines neuen Medikamentenbestellsystems). Die Autoren verweisen zur Verstärkung ihrer Annahme auch auf die Qualitätsentwicklung (siehe 6.3.1.2), die ebenfalls im Rahmen einzelner Projekte erfolgt (vgl. ebd., S. 35f.).

Die Autoren vertreten die Ansicht, dass Projekte in institutionelle Zusammenhänge eingebunden sind und sich als geeigneter Ansatz für die Bearbeitung prozessualer Aufgaben und Veränderungen erweisen, zumal sie einen Beitrag zur Reduktion der Komplexität der zu verändernden Strukturen der Organisation leisten (vgl. SCHIERSMANN/THIEL 2000, S. 44f.). Projektarbeit trägt somit nicht nur zur Veränderung der Strukturen bei, sondern nach Angaben SCHIERSMANN/THIEL (2000) auch zur Veränderung der Verhaltensweisen der Mitarbeiter, zur Veränderung der Identität und des Selbstverständnisses der Organisation sowie generell zu einer Weiterentwicklung hin zu einem organisationalen Lernen (vgl. ebd., S. 46).

Die Einrichtung von Gruppen in der Organisation soll dazu verhelfen, Entscheidungskompetenzen auf die Mitarbeiter zu verlagern und diese aktiv an der Weiterentwicklung und Bearbeitung der Arbeitsprozesse zu beteiligen. Dafür kann die Gruppenarbeit z. B. in Form von teilautonomen bzw. selbststeuernden Arbeitsgruppen erfolgen (vgl. SCHREYÖGG 1998, S. 251f.). Es wird unterschieden, ob sich die Gruppen auf Teilbereiche der Organisation beziehen oder organisationübergreifend Mitarbeiter zusammenarbeiten. Beide Formen sollen die Gestaltung von Arbeitsprozessen motivationsorientiert fördern. Letztere trägt dann auch zu einer organisationsweiten Entwicklung bei.

In Einrichtungen der Altenpflege sind Konzepte der Gruppenarbeit eher im Kontext der Qualitätsentwicklung als Qualitätszirkel zur Bearbeitung spezifischer Aufgaben, wie z. B. Erstellen von Pflegestandards, Erarbeiten eines Beschwerdemanagements, Erarbeiten von Konzepten für individuelle und gruppenweite Beschäftigungen und der Dementenbetreuung, zu finden. Insbesondere in kleineren Einrichtungen mit Betreuungs- und Pflegeplätzen unter 80 Bewohnern finden organisatorische Veränderungen und Konzepterarbeitungen nicht in formellen Arbeitsgruppen statt. Die Mitarbeiter (nicht selten nur die Abteilungsleiter, wie Wohnbereichsleiter und Pflegedienstleiter), die interne Abläufe z. B. für ein neues Medikamentenbestellsystem erarbeiten, finden sich in Pausenzeiten oder nach der Arbeit kurzzeitig zusammen, um die Punkte zu besprechen und zu bearbeiten. Das Konzept wird später top-down eingeführt. Die Pflegekräfte, die die eigentlichen Akteure in der Umsetzung sind, werden dabei oft nicht in die Entscheidungsfindung und den Arbeitsprozess einbezogen.

Der Versuch, eine motivationsfördernde Organisationsgestaltung in kleineren Einrichtungen der Altenpflege zu erzielen, wird beispielsweise durch das Verteilen spezieller zusätzlicher Aufgabenbereiche neben der beruflichen Tätigkeit umgesetzt. Dabei erhalten die Pflegekräfte z. B. Verantwortung als Hygienebeauftragter, Geräteverantwortlicher, QM-Beauftragter oder sind für Medikamenten- und Hilfsmittelbestellung, die kreative Gestaltung des Wohnbereichs, die Durchführung von Ausfahrten mit Bewohnern, die Anfertigung von Tagesaushängen und Badeplänen zuständig. Diese Aufgabenbereiche könnten als Beispiele für eine Partizipation und Beteiligung durch Nutzung der individuellen Mitarbei-

terressourcen (vgl. Human-Ressourcen-Ansatzes, Abschnitt 6.2) für die organisatorischen Veränderungen interpretiert werden.

STROMBACH (1984) bringt den Qualitätszirkel als Gruppenarbeitsform mit der Organisationsentwicklung in Verbindung. Die Arbeit der Qualitätszirkel kann als Konzept der Organisationsentwicklung betrachtet werden, da eine Verbesserung der organisationalen Prozesse verfolgt wird. (vgl. ebd., S. 6f.). Qualitätszirkel und Organisationsentwicklung verfolgen zudem das Ziel, Veränderungen in der Organisation durch Arbeitsgruppen zu realisieren. Diese Arbeitsgruppen verändern die Abläufe in der Organisation. Es entstehen informelle Strukturen und Beziehungen zwischen den Mitarbeitern, die zu einer dauerhaften Veränderung und Verbesserung der organisationalen Prozesse und damit zu einem organisatorischen Wandel führen können. (vgl. ebd., S. 7).

Die bei SCHREYÖGG (1998, S. 508ff.) vorgestellten Modelle der Organisationsentwicklung „Survey-Feedback-Ansatz“ und „Konfrontationstreffen“ stellen spezifische Gruppenmethoden dar, deren Schwerpunkte in der Analyse von Schwachstellen bzw. Defiziten und dem Erstellen von Aktionsplanungen mit Änderungsmaßnahmen zu den analysierten Problemen liegen.

Die „Prozessberatung“ soll die Mitarbeiter in der Organisation befähigen, Lösungen für Probleme und Defizite selbst zu finden. Der Prozessberater verhilft den Entwicklungs- und Änderungsprozess der Organisation zu ermöglichen, aber nicht zu lenken. Dieses Modell wird von SCHREYÖGG (1998, S. 512) auch mit Coaching und Supervision in Zusammenhang gebracht.

Ein Modell, das den OE-Prozess strukturiert und das Ergebnis festlegt, ist das „Verhaltensgitter“. Diese Methode verwirklicht einen personen- und aufgabenbezogenen Führungsstil, der auf die gesamte Organisation als Lösungsansatz übertragen wird. Schwerpunkt dieser Methode ist, Konflikte zu lösen und Techniken zur Konfliktlösung zwischen Arbeitsbereichen zu erlernen (vgl. SCHREYÖGG 1998 in Anlehnung an BLAKE/MOUTON 1969, 1985).

Als Instrumente zur strukturellen und organisatorischen Entwicklung werden bei PROBST (1992, S.507ff.), SCHREYÖGG (1998, S. 245 ff.) und DOPPLER/LAUTERBURG (1997, S. 177) u. a. auch Ansätze der Aufgabenerweiterung (Job-Enlargement), Aufgabenbereicherung (Job-Enrichment) sowie Aufgabenwechsel (Job-Rotation) aufgezeigt, die als Formen der Arbeitsorganisation zu mehr Eigeninitiative und einer Ausweitung des Handlungsspektrums der Mitarbeiter in der Organisation beitragen.

Im Folgenden soll das Konzept der Qualitätsentwicklung als Ansatz zur Organisationsentwicklung vorgestellt werden, da in der Literatur praktische Verknüpfungen beider Konzepte aufgezeigt werden können.<sup>39</sup>

---

<sup>39</sup> Vgl. beispielsweise PIRA (1999, S. 112ff.): hier wird die Einführung von TQM im Spital auf Basis der Organisationsentwicklung expliziert. KÖCK (1996) stellt einen praktischen Ansatz mittels des Qualitätsmanagements zur Organisationsveränderung im Krankenhaus vor.

### 6.3.1.2 Qualitätsentwicklung

Wie die Organisationsentwicklung forciert auch die Qualitätsentwicklung die Initiierung von Veränderungsprozessen, da sich ein Qualitätsmanagement immer Entwicklungen der Strukturen, Prozesse und Ergebnisse (in) der Organisation zum Ziel setzt. Die Auffassungen zur Qualitätsentwicklung als Ansatz der OE unterscheiden sich in der Literatur. So versteht KNOLL (2002a) Organisationsentwicklung, Marketing und Controlling als Ansätze zur Qualitätsentwicklung und -verbesserung (vgl. ebd., S. 73), wohingegen KÖCK (1996) und PIRA (1999) die Qualitätsentwicklung als Ansatz zur Organisationsentwicklung betrachten. SCHIERSMANN/THIEL (2000) weisen in ihren Ausführungen darauf hin, dass beide Konzepte nebeneinander einzuordnen sind, da sie auf die Entwicklung der gesamten Organisation zielen (vgl. ebd., S. 36).

Für das Verständnis dieser Arbeit wird die Qualitätsentwicklung als ein Ansatz bzw. Instrument und Methode zur Organisationsentwicklung aufgefasst, die neben strukturellen und organisatorischen Veränderungen auch zu Veränderungen in den Verhaltensweisen und Einstellungen der Mitarbeiter führt. Diese Auffassung resultiert aus den begrifflichen Bestimmungen zur Qualitätsentwicklung, die als organisationaler Prozess mit der Ausrichtung auf Organisationsentwicklung definiert und durch die Einführung bzw. Anwendung eines Qualitätsmanagements unterstützt wird (vgl. auch Kapitel 1.2.3.3 und NÖTZOLD 2002, S. 48f.).

Die Qualitätsentwicklung umfasst dabei Prozesse der Überprüfung, Weiterentwicklung, Verbesserung und Veränderung von Vorgängen, Abläufen und Strukturen, die systematisch geplant und durchgeführt werden und durch ein Lernen der Mitarbeiter auf die geplante Veränderung einer Organisation, d. h. Organisationsentwicklung, zielen.<sup>40</sup> Im Zusammenhang mit den vorangegangenen Darstellungen zu den Einführungsprozessen, Lernansätzen und Lernhaltigkeit der QM-Modelle (vgl. Kapitel 3.3ff.) wurde ebenfalls bereits deutlich, dass die Einführung eines Qualitätsmanagements die Qualitätsentwicklung (in) der Organisation fördert, wobei der lernende Mitarbeiter und damit die Qualitätsentwicklung eine entscheidende Impulsfunktion bekommt. Diese besteht darin, Innovationen, Veränderungen und Verbesserungen der Organisation (Organisationsentwicklung) zu erzielen und damit das organisationale Lernen zu fördern. Vor dem Hintergrund dieser Ausführung wird die Qualitätsentwicklung als Ansatz für die Organisationsentwicklung verstanden.

Der Prozess der Qualitätsentwicklung und -verbesserung wird durch die Anwendung eines Qualitätsmanagements unterstützt, durch die Führungskräfte gelenkt und durch die Integration der Mitarbeiter gesteuert. Dabei verlangt diese Steuerung, sich an festgelegten Zielen zu orientieren und diese umzusetzen. Das schließt die Formulierung und Überprüfung der Ziele, fortwährende Veränderungs- und Feedbackprozesse zur Evaluation des Erreichten im Sinne einer wirtschaftlichen, transparenten, reflexiven und vergleichbaren Organisation ein (vgl. KNOLL 2002b, S. 8).

---

40 Vgl. auch Kapitel 1.2.3.4 und in Kapitel 6.3 die Begriffsbestimmung der Organisationsentwicklung.

Die Qualitätsentwicklung wird im Kontext der Bildung von KNOLL (2002b) als „*Gesamtperspektive und umfassenden Handlungsrahmen für die Weiterentwicklung der Bildungsarbeit*“ verstanden (vgl. ebd., S. 10). Hierin ist der Bezug zu einer systemweiten Entwicklung erkennbar. Diese Auffassung von Qualitätsentwicklung lässt sich erweitern, indem Qualitätsmanagement, -sicherung und -entwicklung als Handlungsgrundlage für die qualitätsfördernden Arbeitshandlungen, die zu einer Verbesserung der Prozesse und Ergebnisse in einer Organisation führen, und somit als Perspektive und in diesem Sinne als Ansatz zur Organisationsentwicklung verstanden werden kann.

ZINK (1995) sieht in der Einführung eines Qualitätsmanagements eine Grundlage für Organisationsentwicklung. Dabei geht der Autor davon aus, dass Veränderungen organisatorischer Art und ein Qualitätsverständnis durch Konzepte der Organisationsentwicklung unterstützt werden können (vgl. ebd., S. 55). Die Qualitätsentwicklung wird dabei durch die Entwicklung eines Qualitätsverständnisses auf Basis der Veränderung der Einstellung und des Verhaltens der Mitarbeiter und durch Veränderung der Organisationsstruktur verfolgt.

Die Qualitätsentwicklung im Sinne einer prozessorientierten Organisationsentwicklung in Einrichtungen der Altenpflege könnte demnach die Entwicklung von Arbeitsabläufen zur Bezugspflege<sup>41</sup> oder die Einführung eines individuellen Beschäftigungskonzeptes mit Blick auf die angestrebten Zielvorstellungen umfassen. Weiterhin könnte sich die Qualitätsentwicklung in Pflegeeinrichtungen auf die Sicherung von veränderten Abläufen und Entwicklungen, beispielsweise durch Pflegestandards, Pflegevisiten und Bewohnerbefragungen, sowie ein Management zur zielgerichteten Lenkung und permanenten Evaluation der Vorgänge beziehen.

In Anlehnung an Grundsätze der Organisationsentwicklung beginnt die Einführung eines Qualitätsmanagements nicht mit der Entscheidung für ein Modell. Die Organisation erkennt Probleme und Veränderungsbedarfe, mit denen sich die Mitarbeiter auseinandersetzen, um daraus einen Prozessverlauf zu konstruieren. Ein Qualitätsmanagement kann den Prozess der Veränderungen und die Entwicklung der Organisation unterstützen und als Basis dienen. Demzufolge ist es auch nicht verwunderlich, dass der Qualitätsregelkreis (Qualitätszyklus) in Anlehnung an die Prozessmodelle der Organisationsentwicklung entworfen wurde (vgl. NÖTZOLD 2002, S. 140ff.).

Wie bereits dargestellt, wird die Auffassung, das Qualitätsmanagement als einen Ansatz zur Organisationsentwicklung zu verstehen, in der Literatur akzeptiert. Im Allgemeinen kann angenommen werden, dass betriebliche oder organisationale Prozesse, die zu einer Veränderung, einer Entwicklung und zum Lernen der Strukturen und Personen in einer Organisation beitragen, als Maßnahmen zur Organisationsentwicklung betrachtet werden können. Dazu zählen beispielsweise betriebliche Weiterbildung, Workshops, Gruppenarbeit, Qualitätstechniken, usw. Dabei ist zu bemerken, wie auch BORSI (1994) feststellte, dass isolierte Weiterbildungsmaßnahmen i. S. einer Qualifikation zur Entwicklung von

---

41 Das Konzept der Bezugspflege (in der Altenpflege) sieht vor, dass eine Gruppe von Bewohnern durch eine Bezugspflegekraft betreut und gepflegt wird, die u. a. auch administrative Tätigkeiten, wie Kontakte für Angehörige sowie die Pflegeplanung für diese Bewohner übernimmt.

sozialen Kompetenzen der Mitarbeiter, wie beispielsweise einer Beziehungsgestaltung zu Bewohnern und Angehörigen und deren Reflexion oder konstruktives Kommunizieren mit Bewohnern und Angehörigen, ohne Einbettung in einen organisationalen Kontext nicht zu einer Qualitätsentwicklung und damit auch nicht zu einer Organisationsentwicklung im Sinne von organisationalem Lernen führen (vgl. ebd., S. 102f.).

Die Bildungsmaßnahmen für die Mitarbeiter sollten dazu beitragen, ihre Entscheidungs- und Handlungsspielräume zu erweitern, um somit auch zur Veränderung von Strukturen der Organisation beitragen zu können. Unter 6.3.1.1 wurden mögliche Ansätze zur Integration und Mitgestaltung der Qualitätsentwicklung und OE aufgeführt, die auf die individuelle und organisationale Entwicklung ausgerichtet sind. Auf den Ansatz der Mitarbeiterentwicklung zur Förderung individueller Entwicklung wurde auch bereits im Kontext der Qualitätsentwicklung näher eingegangen (vgl. Kapitel 4.1 und 4.2ff.).

In den angeführten Betrachtungen zu Wandelprozessen und den Ansätzen zur OE spielt der Mitarbeiter eine tragende Rolle, da dieser die Veränderungen plant, durchführt, evaluiert und mit der Organisation kommuniziert. Die sich dabei vollziehenden Lernprozesse führen zu einer Weiterentwicklung des Wissensbestandes und der Kompetenzen der Mitarbeiter sowie zu einem organisationalen Lernen. In diesem Zusammenhang sowie mit den Veränderungsprozessen und den unterstützenden Maßnahmen, wie Gruppenarbeit, Qualitätsmanagement und Mitarbeiterorientierung, wird oftmals von selbstgesteuertem, selbstorganisiertem Lernen, Selbstorganisation, organisationalem Lernen, individuellem Lernen, lernenden Organisationen gesprochen (vgl. BORSI 1994, S. 105; ARNOLD 1995, S. 33; GEIBLER in SATTELBERGER 1996, S. 81ff.; HORN in WIESELHUBER 1998, S. 298, STRAKA in DEHNBOSTEL/DYBOWSKI 2000, S. 113). Das anschließende Kapitel widmet sich der Vorstellung des Konzeptes Organisationslernen und der Erläuterung der Begriffe.

## 6.4 Organisationslernen

Zur aktuellen Diskussion des organisatorischen Wandels und der Veränderungen von Organisationen tritt die Organisationsentwicklung hinsichtlich einer Weiterentwicklung dieser Theorien hin zu den Konzepten des Organisationslernens bzw. lernenden Organisation zunehmend in den Hintergrund.<sup>42</sup> Die nachfolgenden Ausführungen zum organisationalen Lernen sowie den Lernprozessen und Lernformen dienen als Überblick. Bei KLUGE/SCHILLING (2000) findet sich eine differenzierte Analyse der Begriffe zum Stand von Theorie und Empirie.

Das Konzept des Organisationslernens verfolgt verschiedene „soziale Lern-Dimensionen“ vom Individuum über die Gruppe, Organisation und Gesellschaft und stellt dabei den lernenden Menschen, „das individuelle Lern-Subjekt“, und die lernende Organisation, das „organisationale Lern-Subjekt“, in den Mittelpunkt der wissenschaftlichen Betrachtungen (vgl. ARNOLD 1995, S. 82ff.; GEIBLER 1990, S. 7).

---

<sup>42</sup> Ausschlaggebend für eine Weiterentwicklung der Theorie des organisationalen Wandels hin zum organisationalen Lernen bzw. Organisationslernen sind z. B. die Publikationen von PAUTZKE (1989), SATTELBERGER (1996), PROBST/BÜCHEL (1994), GEIBLER (1995), WIESELHUBER/PARTNER (1997).



Demzufolge kann eine Organisation – als System von Menschen, Aufgaben und Regeln – nur über die in ihr arbeitenden Mitarbeiter lernen. Also kann nicht im eigentlichen Sinne von lernenden Organisationen gesprochen werden, sondern von einer Beschaffung, Veränderung und Weiterentwicklung des organisationalen Wissensbestandes bis hin zu einer Selbsttransformation der Organisation (vgl. PAUTZKE 1989 in PIRA 1999, S. 114; ARNOLD 1995, S. 84). Organisationslernen basiert dabei, wie bereits festgestellt, auf individuellen Lernprozessen im organisationalen und strukturellen Kontext einer sich verändernden, entwickelnden und wandelnden Organisation. In weiterer einschlägiger Literatur wird das Organisationslernen in „Organisationsänderung, -entwicklung und -transformation“ typisiert, entsprechend der strukturellen „Position“, die die Organisation anstrebt (vgl. SATTELBERGER 1996, S. 14; STAEHLE 1994, S. 558ff.).

### 6.4.1 Organisationales und individuelles Lernen

Das Konzept des organisationalen Lernens geht auf MARCH/OLSON (1979) zurück. Sie konstruieren einen Lernzyklus, der *„organisatorische Veränderung als Lernen durch Erfahrung thematisiert“* (vgl. ebd., S. 12ff. in SCHREYÖGG 1998, S. 533). Die Autoren beziehen sich in ihren Ausführungen auf den Lernbegriff aus der behavioristischen Forschung, in der Lernen pragmatisch als eine Fähigkeit des Individuums, sein Verhalten zu ändern, gesehen wird. Der Lernprozess, der sich dabei vollzieht, basiert auf einer abweichenden Reaktion des Individuums auf einen gleichen oder ähnlichen Stimulus als in einer früheren Verhaltensweise (vgl. SCHREYÖGG 1998, S. 533).<sup>43</sup> Dieses Lernkonzept wird auch als *„erfahrungsbasiert“* oder *„adaptiv-rational“* bezeichnet, da die Individuen in der Organisation und die Organisation selbst aus vergangenen Umweltreaktionen neue Handlungsentwürfe entwickeln (ebd., S. 534).

#### 6.4.1.1 Instrumentales und institutionelles organisationales Lernen

Ausgehend von den individuellen kognitiven Lerntheorien<sup>44</sup> wird Lernen als Erwerb und Weiterentwicklung von kognitiven Strukturen verstanden. Dabei entwickeln die Individuen durch Erfahrungen und Einsichten kognitive Muster, die eigene Handlungen mit der Umwelt verbinden lassen (vgl. SCHREYÖGG 1998, S. 536). Dieser Lernansatz geht davon aus, dass Lernen nicht sichtbar ist und sich auch ohne Verhaltensänderung vollzieht. Dabei ändern sich Kognitionen, Werte und Einstellungen. Lernen umfasst in diesem Begriffsverständnis auch das Sammeln und Speichern von Informationen und das Verdichten zu Wissen (vgl. ebd., S. 538). Das organisationale Lernen auf Basis dieses theoretischen Hintergrundes zentriert ein wissensbasiertes Lernen der Organisation.

Nach PROBST (1987) sind Organisationen als „humane soziale Systeme“ in der Lage, ihren Bezugsrahmen (Ziele, Wertvorstellungen, Handlungstheorien) in Frage zu stellen und zu ändern. Sie sind somit befähigt, zu lernen und sich zu entwickeln (ebd., S. 75).<sup>45</sup> Dabei geht der Autor davon aus, dass nur gelernt werden kann, wenn ein Sinnbezug hergestellt

---

43 Auf die Lerntheorie als Teildisziplin der Psychologie soll an dieser Stelle nicht eingegangen werden, vgl. dazu ausführlich SCHERMER (1991).

44 WEICK (1991), DODGSON (1993) sprechen auch von „proaktiven“ Lernpotentialen der Organisation.

45 Lernen von Organisationen wird dabei mit „Veränderung, Erneuerung, Umstrukturierung und Transformation“ in Zusammenhang gebracht (COR 1979, S. 31 in PROBST 1987, S. 75).

wird und das Gelernte neu organisiert und eingeordnet wird. Folglich kann der Lernprozess im eigentlichen Sinne nicht auf die Organisation übertragen werden, da gewissermaßen das einzelne Individuum lernt. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass nur das Wissen als Ergebnis des Lernprozesses der Individuen auf die Organisation übertragen werden kann (vgl. ebd., S. 75). Aufgrund dieser Ausführungen kann Entwicklung, Veränderung und Lernen (i. S. einer Veränderung des Wissensbestandes) von Organisationen nicht eingebracht, sondern bestenfalls unterstützt, gefördert und vor dem Hintergrund des Bezugsrahmens der Organisation angeregt werden<sup>46</sup> (vgl. PROBST 1987, S. 75).

Die Organisation stellt demzufolge ein Wissenssystem dar, das sich über individuelle und organisatorische Lernprozesse neues Wissen aneignet und so seinen Wissensbestand verändert. Organisationales Lernen wird somit als Prozess des Wissenserwerbs der Organisation verstanden, indem neues Wissen erworben und den Wissensbestand neu organisiert wird (vgl. SCHREYÖGG 1998, S. 538). Eine Lernende Organisation verfügt folglich über die Fähigkeit des Wissenserwerbs, der Weiterentwicklung des Wissens und der Neustrukturierung des Wissens, mit dem Ergebnis der Änderung und Entwicklung von (neuen) Handlungsstrategien. Dieser instrumentale Begriff der Lernenden Organisation betrachtet die Organisation als Regelwerk, die anstrebt sich zu verändern und kontinuierliche Weiterentwicklung ermöglicht (vgl. KLUGE/SCHILLING 2000, S. 179).

Unter organisationalem Lernen wird auch ein kollektives Lernen in einem sozialen System (einer Organisation) verstanden, das interaktiv auf gegenseitigen Austausch bezogen ist. In diesem institutionalen Kontext wird die Lernende Organisation als Lerngemeinschaft verstanden, die als gesamtes System einen Nutzen aus dem Lernen der Individuen erzielt (vgl. KLUGE/SCHILLING 2000, S. 179).<sup>47</sup> PROBST (1992) geht davon aus, dass eine Organisation auch mehr wissen kann, als ihre Mitglieder, da sich das einzelne Verhalten eines Mitgliedes durch Austausch- und Informationsprozesse zu einem anderen Verhalten der Gemeinschaft entwickeln kann (vgl. ebd., S. 471).

#### **6.4.1.2 Individuelles organisationales Lernen**

Die Organisation gibt mit Vorgaben, Regeln, Routinen, Normen, Standards und Erwartungen, die an die Mitglieder gestellt werden, Impulse für das individuelle Lernen der Organisationsmitglieder, die den Lernprozess in der Organisation initiieren. WILLKE (1996) geht davon aus, dass die Mitglieder der Organisation organisatorisch lernen, da die Organisation den Lernkontext vorgibt (vgl. ebd., S. 287f in SCHREYÖGG 1998, S. 539.). PROBST (1992) konstatiert in diesem Zusammenhang, dass organisationales Lernen nicht mit der Gesamtheit der individuellen Lernprozesse gleichzusetzen ist, da Organisationen als soziale Systeme anders als ihre Mitglieder lernen (vgl. ebd., S. 464f.).

Das Wissen, das die Organisation erwirbt, neu organisiert und strukturiert, um ihren Wissensbestand zu erweitern und sich dadurch zu verändern, wird durch Handlungstheorien der Organisationsmitglieder verknüpft und umorganisiert. Diese Handlungstheorien

---

<sup>46</sup> Vgl. dazu auch die Ausführungen in Kapitel 6.4.2.2.

<sup>47</sup> In ihren Aussagen beziehen sich die Autoren auf die institutionale und instrumentale Perspektive des Organisationsbegriffs von SCHANZ (1992).

liegen dem Handeln der Individuen zugrunde und üben nach SCHREYÖGG (1998, S. 451) einen entscheidenden Einfluss auf den Erfolg der Lernprozesse aus.

Das individuelle Lernen basiert darauf, dass der Mensch lernt, um sich einen Bezugsrahmen für seine Orientierung und als Grundlage seiner Handlungen zu konstruieren. Die Handlungen des Individuums richten sich nach dem Bezugsrahmen, der ein Wertesystem für die Einordnung seiner Handlungen schafft (vgl. PROBST 1992, S. 466). Der Autor bezieht sich in seinen Ausführungen auf ARGYRIS/SCHÖN (1978) und ihre Handlungstheorien: „*espoused theory*“ (diese Handlungstheorien des Menschen gehen seiner Handlung voraus und sind auf Basis anderer Lernprozesse entstanden) sowie „*theory-in-use*“ (Handlungstheorien, die neu entwickelt werden und den Bezugsrahmen erweitern und umgestalten) (PROBST 1992, S. 466).

Wie bereits dargestellt, lernt eine Organisation auf Grundlage des Lernens der Mitglieder, die entsprechend der Handlungstheorie „*theory-in-use*“ neues Wissen erwerben, das Wissen umgestalten und strukturieren und somit durch neue Handlungs- und Verhaltensweisen die Organisation verändern. Auf Grundlage dieser Ausführungen kann festgestellt werden, dass ein Individuum bewusst lernt, um seinen Handlungs- und Bezugsrahmen zu konstruieren oder aus Erfahrungen lernt, indem sein Wissen durch Erfahrungen erweitert und neu gestaltet wird.<sup>48</sup>

Ein grundsätzlicher Unterschied zwischen organisationalem und individuellem Lernen wird von SCHREYÖGG (1998, S. 554ff.) thematisiert: Das organisationale Lernen erfolgt immer durch Kommunikation der Mitglieder, die eine Änderung von Abläufen durch das Ausprobieren neuer Handlungsmuster im Sinne einer Lernenden Organisation ermöglichen, durch eine Veränderung der Handlungstheorien und damit der Ziele und Wertvorstellungen der Organisation oder durch die Reflexion der Lernprozesse, des Lernverhaltens und der Ergebnisse.

#### 6.4.1.3 Lernebenen organisationalen Lernens

In der Literatur werden Lernebenen oder Lernniveaus des organisationalen Lernens unterschieden. Die einschlägigen Autoren beziehen sich dabei auf die Ausführungen von ARGYRIS/SCHÖN (1978) und BATESON (1972), die nachfolgend umrissen werden sollen (vgl. z. B. PROBST 1992, S. 474ff., SCHREYÖGG 1998, S. 542ff., SCHIERSMANN/THIEL 2000, S. 48ff.).

Die erste Ebene des organisationalen Lernens wird als „Single Loop-Learning“ bezeichnet und umfasst das Erkennen und Korrigieren von Fehlern und Abweichungen der Organisation, um den Norm- bzw. Sollzustand aufrechtzuerhalten (vgl. SCHREYÖGG 1998, S. 542). Merkmale dieses „organisationsbezogenen“ Lernprozesses (SCHIERSMANN/THIEL 2000, S. 48) sind, dass neue Handlungsmuster und Anpassungen ausprobiert werden, die sich z. B. auf eine Optimierung von Abläufen in der Bestellung von Pflegehilfsmitteln und Medika-

---

48 Bei BORSI (1994, S. 120) und SCHREYÖGG (1998, S. 544) wird auch von einem „bewussten und intendierten“ Lernen gesprochen, wobei die Autoren anmerken, dass auch „nicht-intendierte“, „selbstorganisierte“ Lernprozesse zu organisationalem Lernen und einem Wissenserwerb der Organisation führen.

menten im Altenpflegebereich beziehen, ohne dabei die Wertvorstellungen der Mitglieder in der Organisation oder die Ziele der Organisation zu ändern.<sup>49</sup>

Die zweite Stufe – das „Double Loop-Learning“ – basiert auf einer Veränderung der Handlungstheorien der Organisation (theory-in-use, vgl. 6.4.1.2), die sich als problematisch erwiesen haben und neues Wissen und Handlungen erschließen lassen. SCHREYÖGG (1998) geht davon aus, dass sich dieses „bewusste, intendierte“ Lernen aufgrund von Prozessen zur Konfliktbewältigung zwischen Mitarbeitern und Gruppen in der Organisation abzeichnet, indem unterschiedliche Problemvorstellungen und deren Korrekturen im Sinne einer Neuorientierung aufeinander treffen (vgl. ebd., S. 543f.). In diesem Kontext kommt es zu Veränderungen von Wertvorstellungen und Zielen der Organisation.<sup>50</sup>

Im Altenpflegebereich könnte sich dieses Lernen beispielsweise im Kontext der Änderung des Medikamentenbestellsystems vollziehen, indem es zu Konflikten zwischen den Pflegekräften und der Pflegedienstleitung kommt. Sie erkennen aufgrund von Fehlern bei der Medikamentensetzung, dass in diesem Bereich eine Veränderung erfolgen muss. Es werden verschiedene Strategien besprochen, um diese Probleme zu vermeiden. Das führt zu veränderten Abläufen in der Bestellung, der Kommunikation mit den Ärzten und der Apotheke sowie in der Verabreichung von Medikamenten. Weiterhin verändern sich auch die Ziele der Organisation, indem sich neue Aufgabenbereiche bilden, bestehende entfallen und neues Wissen organisiert wird, das wiederum in die Pflege und Betreuung der Bewohner einfließen kann.

Das „Deutero-Learning“ als die dritte Lernebene wird als Lernen des Lernens charakterisiert (vgl. SCHREYÖGG 1998, S. 544). Im Mittelpunkt stehen die Kommunikation von Wissen aus Lernprozessen des Single Loop- und Double Loop-Learnings. Dabei werden in dieser Lernstufe die Kontexte, das Verhalten, die Erfolge und Misserfolge des Lernens reflektiert, um eine Einsicht in die Problemlösung und damit eine Verbesserung der Lernprozesse zu bewirken (vgl. ebd., S. 544, vgl. PROBST 1992, S. 477).<sup>51</sup>

In Altenpflegeeinrichtungen bezieht sich dieses Lernniveau z. B. auf eine Reflexion von durchgeführten Arbeitsabläufen und ein Hinterfragen von Veränderungen bei den Mitarbeitern und in der Organisation. Die Mitarbeiter reflektieren die Auswirkung des veränderten Medikamentenbestellsystems, indem sie die damit zusammenhängenden Veränderungen für sich selbst, die Bewohner und die Organisation untersuchen: Wie kann nachvollzogen werden, ob die Bewohner das richtige Medikament bekommen, und werden entstandene Zeitkapazitäten für die Pflege und Betreuung der Bewohner genutzt? Der reflexive und kommunikative Umgang mit den umgesetzten Projekten, Problemlösungen und Handlungstheorien soll zu einer Entwicklung und Veränderung des Denkens und Lernens der Organisation beitragen.

---

49 Dieses Lernen wird auch als „Anpassungslernen“ (HEDBERG 1981) und „lineares Lernen“ (WILLKE 1995) bezeichnet (in SCHIERSMANN/THIEL 2000, S. 48).

50 In anderer Literatur wird auch von einem „Veränderungslernen“ (PROBST 1993) oder „reflektierten Lernen“ (WILLKE 1995) gesprochen (in SCHIERSMANN/THIEL 2000, S. 50, Probst 1992, S. 475).

51 In diesem Zusammenhang sprechen andere Autoren auch von einem „reflexiven Lernen“ (PROBST/BÜCHEL 1994) oder von einem „Prozesslernen“ (WILLKE 1995) (in SCHIERSMANN/THIEL 2000, S. 51).

### 6.4.2 Lernprozesse und Lernformen des Organisationslernens

Für die folgenden Ausführungen wird von einem „dynamischen Lernbegriff“ in Anlehnung an BORSI (1994) ausgegangen. Danach wird (kollektives) Lernen und die Entwicklung einer Organisation als aktive Auseinandersetzung zwischen Mitarbeitern in und mit der Organisation verstanden (vgl. ebd., S. 117). SCHREYÖGG (1998, S. 551) betont ebenfalls die „lernende Veränderung“ einer Organisation, die im Gegensatz zur OE nicht auf das Erreichen eines neuen Gleichgewichtszustand der Organisation ausgerichtet ist.

In einer Organisation findet neben einem individuellen Lernen der Mitglieder und Gruppenlernprozessen auch ein Lernen der Organisation als System statt (vgl. SCHIERSMANN/THIEL 2000, S. 37). Im Folgenden werden exemplarische Lernprozesse dargestellt, die im Rahmen eines kollektiven organisationalen Lernens expliziert werden.

SCHREYÖGG (1998) stellt in seinen Ausführungen zum organisatorischen Lernen die nachstehenden vier Lernformen vor (vgl. ebd., S. 545ff.):

Ausgangspunkt des **Erfahrungslernens** sind die beobachteten Handlungen einer Organisation. Danach werden die Problemlösungen, der Erfolg und die Handlungsmuster bewertet und reflektiert, um diese in den Wissensbestand einfließen zu lassen.

**Vermitteltes Lernen** umfasst die Nutzbarmachung des Wissens anderer Organisationen (Abläufe, Strukturen und Strategien) für die eigene Organisation, z. B. durch Kontakte unter Mitgliedern, Benchmarking und Kommunikation zwischen den Organisationen. Diese Lernform findet auch im Sinne von instruierter Informationsvermittlung durch Berater statt, die Werte und Routinen und damit Veränderung durch Lernen anregen.

Die **Aufnahme und Eingliederung neuer Wissensbestände** in die Organisation durch Einstellung von Experten oder die Zusammenarbeit mit einer anderen Organisation kann als Lernform betrachtet werden, die Wissenserwerb und Veränderung herbeiführen kann.

Das **Erzeugen neuen Wissens** wird als weitere Lernform betrachtet, die vorhandene Elemente des Wissens durch Kommunikationsprozesse verknüpft und zu einer neuen Erkenntnis weiterentwickelt.

Wie bereits angedeutet, wird das Lernen in und von Organisationen mit einem Lernen in der Arbeit und einem erfahrungsorientierten Lernen verknüpft. Nachfolgend wird auf diesen Bedeutungszusammenhang eingegangen.

#### 6.4.2.1 Lernen in der Arbeit und Erfahrungslernen

Dem Lernen in der Arbeit wird nach Aussage DYBOWSKI-JOHANNSON (1996) eine zunehmende Bedeutung beigemessen (vgl. ebd., S. 219). In diesem Zusammenhang werden handlungs- und erfahrungsorientierte Lernprozesse in den Mittelpunkt des Lernens in der Arbeit gestellt – nicht nur im Sinne erwachsenenpädagogischer Betrachtungen. Im Rahmen qualitätsorientierter Arbeit werden von den Mitarbeitern neben fachlichen Kompetenzen auch prozessübergreifende Kenntnisse, Erfahrungen und situationsbestimmte Arbeitshandlungen abverlangt (vgl. ebd., S. 219). Die Autorin stellt insbesondere

intuitive Entscheidungen, Alltagskreativität und erfahrungsgeleitetes Arbeiten heraus, um ein Lernen in der Arbeit zu charakterisieren. Erfahrungslernen bzw. erfahrungsgeleitetes Arbeiten wird demnach dadurch gekennzeichnet, *„neuartige, bislang nicht bekannte Situationen zu erkunden sowie nicht kontrollierbare und berechenbare Arbeitsanforderungen zu bewältigen“* (DYBOWSKI-JOHANNSON 1996, S. 220).

Ein Handeln, das von Erfahrungen und Erfahrungswissen begleitet wird, beruht auf kognitiven, emotionalen Prozessen der Wahrnehmung, des Umgangs und der Auseinandersetzung mit Subjekten und Objekten in bestimmten Situationen (z. B. Arbeitszusammenhängen). Förderliche Lernarrangements für ein Erfahrungslernen stellen Arbeits- und Organisationsformen, wie Lernstationen, Lerninseln, Lernfabriken und Qualitätszirkel dar, die die „Selbstlernfähigkeit“ der Mitarbeiter (als Weiterentwicklung des Erfahrungslernens) unterstützen (vgl. DYBOWSKI-JOHANNSON 1996, S. 220f.).

Nach DECKER (1995, S. 15) wird das Arbeiten zum Lernprozess, da der Hauptteil der betrieblichen Arbeit aus Lernen besteht. Unter dem Lernprozess im Zusammenhang mit der Arbeit werden vom Autor Weiterqualifizierung, Lernstattzirkel, Qualitätszirkel und Organisationsentwicklung genannt (vgl. ebd., S. 15). Dabei lernen nicht nur die Mitarbeiter im Arbeitsprozess, sondern auch die Teams und Organisationen.

Nach DECKER (1995) sollte das Lernen in einer Zeit des organisatorischen Wandels nicht auf das Aneignen „vergangenheitsorientierten Wissens“ ausgerichtet sein, sondern andere Perspektiven, Methoden und Ziele enthalten: Lernen sollte sich mehr auf persönliche Lernbedürfnisse, das Lernen von Fähigkeiten und Verhaltensweisen und das Ändern von Gewohnheiten beziehen (vgl. ebd., S. 18). Diesen Ansatz verfolgt auch das organisationale Lernen, indem die Mitarbeiter die Handlungstheorien und die Wissensbasis der Organisation verändern und entwickeln. Um den organisatorischen Wandel zu bewältigen, muss der Arbeitsprozess ständig durch neue Verhaltensweisen und Strategien entwickelt und gestaltet werden. Ebenso ist es notwendig, Leitideen von Organisationen zu ändern. Weiterhin stellt die Entwicklung von Selbstwertgefühl und Identität der Mitarbeiter und der Organisation eine wichtige Aufgabe des Lernens in der Arbeit dar (vgl. DECKER 1995, S. 20f.). Dabei erfolgt das Lernen nach den Angaben des Autors verstärkt mit „neuro-mentalenen Lernmethoden“ und „sozio-kommunikativen Entwicklungsmethoden“ (vgl. DECKER 1995, S. 100, S. 177.).

Zu den „neuro-mentalenen“ Methoden des Lernens zählt der Autor beispielsweise die Konzepte „Mindfitness“, Selbstmanagement, selbstgesteuertes Lernen, handlungsorientierte Methoden der Problemlösung sowie prozessorientiertes Denken (vgl. ausführlich DECKER 1995, S. 103-176). Im Zentrum der „sozio-kommunikativen Entwicklungsmethoden“ wird das Lernen von Gruppen, Organisationen und sozialen Strukturen betrachtet. Der Autor führt dazu folgende Entwicklungsmethoden an: Organisationsentwicklung, Teamworking- und Teamlearning-Methoden, Lernstatt, Qualitätszirkel, Coaching, Transaktionsanalyse (TA), Supervision sowie situatives Veränderungsmanagement (vgl. ausführlich DECKER 1995, S. 177-194).

DOHMEN (2001) spricht von einem (informellen) Lernen am Arbeitsplatz, dass nach seiner Ansicht auf der Grundlage spezifischer Lernprozesse zur Anwendung und Entwicklung von

Aufgaben, Problemlösungsstrategien sowie in Praxiszusammenhängen entsteht. Diese Lernprozesse integrieren beispielsweise ein selbstgesteuertes Lernen und ein Erfahrungslernen (vgl. ebd., S. 47). Der Autor stellt weiterhin heraus, dass dieses Lernen am Arbeitsplatz auf komplexe und unterschiedliche Aspekte und Situationen (nicht nur auf die Wirtschaftlichkeit und Qualitätsentwicklung) und auf die Individualität der Mitarbeiter, im Zusammenhang mit der Entwicklung ihrer Kompetenzen und einer Anwendung außerhalb der Arbeitssituation, diskutiert werden sollte (vgl. DOHMEN 2001, S. 48f.).

In Anbetracht einer Diskussion über organisationales Lernens, das nicht ausdrücklich auf individuelles Lernen ausgerichtet ist, werden von BORSI (1994) kollektive Lernprozesse angesprochen (vgl. ebd., S. 173). Kollektives Lernen bezeichnet dabei Lernen in Gruppen, das an anderer Stelle von SCHIERSMANN/THIEL (2000, S. 150f.) mit Selbstorganisation gleichgesetzt wird. Merkmale dieser Lernprozesse sind Kooperation durch gemeinsame Problemlösung, Kommunikation und Interaktion der Mitglieder in den Gruppen.

#### **6.4.2.2 Selbstorganisation**

In Kapitel 6.1 wurde der Ansatz der Selbstorganisation bereits angerissen. Selbstorganisation bedeutet, dass es in Organisationen zu ungeplanten Ordnungen von Prozessen durch die Interaktionen der Mitglieder kommen kann. Eine Organisation organisiert sich selbst, speziell durch informelle Regeln, die aus Handlungen, Kommunikationswegen und Hierarchien der Mitarbeiter in informellen Gruppen einer Organisation entstehen (vgl. SCHREYÖGG 1998, S. 13ff.). Das Konzept der Selbstorganisation geht davon aus, dass ungeplante Prozesse durch Motivation der Mitarbeiter, sich an Lösungen und Problemen der Prozesse in der Organisation zu beteiligen, sowie durch die Interaktionen der Gruppen und Mitglieder in der Organisation forciert werden (vgl. ebd., S. 17).

Nach SCHREYÖGG (1998, S. 17) widerspricht sich dieses Konzept allerdings auch, da die interaktionalen selbstorganisierten Prozesse in Organisationen stattfinden, die formale Strukturen aufweisen. Der Autor merkt jedoch an, dass eine Organisation nicht auf ungeplante Ordnungen und Entwicklungen durch die Mitarbeiter verzichten kann, da sich nicht selten die existierenden formalen Strukturen aus informalen und ungeplanten Prozessen entwickeln.

Ausgehend von einer externen Beobachtungsposition wird Selbstorganisation von PROBST (1987) als Konstrukt definiert, das der Beobachter vor dem Hintergrund seiner Erfahrungen über Veränderungen, spontane Ordnungs- und Organisationsprozesse unabhängig von eigenen Interventionen und Aktivitäten bildet (vgl. ebd., S. 11, S. 87).

PROBST (1992, S. 481) bezeichnet die Selbstorganisation als Ergebnis der Interaktionen, Austauschbeziehungen und Kommunikation aller Mitarbeiter in der Organisation, unter Einbezug der autonomen individuellen Wirklichkeitsvorstellungen der Mitglieder. Die Mitarbeiter konstruieren bewusst, unbewusst, formell und informell die internen Ordnungen, die Handlungsmuster und Handlungstheorien der Organisation durch die stattfindenden interaktionalen Austauschprozesse. Der Autor geht davon aus, dass die Selbstorganisation in verschiedenen Bereichen der Organisation erfolgen kann (z. B. in Projekt- und Arbeitsgruppen, in Abteilungen und in Qualitätszirkeln) und für die Entwicklung der Organisation „überlebenswichtig“ ist (ebd., S. 481). Danach bringt Selbstorganisation

Vielgestaltigkeit, alternative Strukturen, Interaktionen sowie organisatorische Veränderungen und Wandel hervor. Diese Veränderungen können allerdings die Arbeit und das Management erschweren, da Selbstorganisation nach Gestaltungsräumen, Beteiligung und einem wechselseitigen, interaktiven Management verlangt (vgl. PROBST 1987, S. 13).

Selbstorganisation umfasst nach PROBST (1987, S. 87) einerseits „selbstgenerierte Regulierungs- und Anpassungsstrukturen“, die innerhalb der vom Management generierten und entworfenen starren Strukturen (standardisierte Abläufe, Arbeitsmethoden, festgelegte Rollen, Kommunikations- und Informationsabläufe) entstehen. Andererseits wird Selbstorganisation mit Veränderungsprozessen in Zusammenhang gebracht, die eine Organisation kreativ und innovativ verändern und Strukturen neu ordnen.

Selbstorganisation, die gestaltet und gelenkt werden kann, wird von PROBST (1987) als „Potential“ für einen organisatorischen Wandel gesehen. Der Wandel bzw. die Veränderungen der Organisation kann sich auf der Ebene der gegebenen Regeln als „Änderung 1. Ordnung“ vollziehen, innerhalb derer sich die Organisation anpasst. Eine „Änderung 2. Ordnung“ umfasst innovative Veränderungen der Organisation, die die informellen Regeln, wie Beziehungen, Interaktionen und Kommunikationsstrukturen ändern (ebd., S. 87f.). Insbesondere die zuletzt genannten „selbstorganisierenden Prozesse“ schließen Lernen und Entwicklung ein.<sup>52</sup> Dabei wird organisatorischer Wandel als Entwicklung und Veränderung auf der organisationalen bzw. kollektiven Ebene sowie als eine Entwicklung der Fähigkeiten und Potentiale der Organisation beschrieben. Auf der individuellen Ebene wird der Wandelprozess als Entwicklung und Erweiterung von Wissen und Fähigkeiten der Organisationsmitglieder, um ihre Bedürfnisse zu befriedigen, verstanden (vgl. PROBST 1987, S. 88).

Selbstorganisation wird von SCHREYÖGG (1998) auch im Kontext der Teamorganisation als Substitut der Hierarchie verstanden, wonach motivierte Mitarbeiter in eigenständig agierenden Teams selbständig an Problemlösungen zusammenarbeiten (vgl. ebd., S. 279ff.). Dabei soll durch eine ungeplante Koordination und eine Initiierung der Zusammenarbeit von Projektteams untereinander Selbstorganisation im Sinne der Sicherung von Flexibilität und Lernfähigkeit der Organisation ermöglicht werden (vgl. ebd., S. 281f.).

Von GREIF/KURTZ (1996) wird das Prinzip der Selbstorganisation ebenfalls im Zusammenhang mit der Teamarbeit in Gruppen betrachtet. Die Autoren verstehen unter Selbstorganisation, dass alle Tätigkeiten und Verantwortlichkeiten im Zusammengang mit dem Produkt oder der Dienstleistung von der Arbeitsgruppe übernommen werden, die mit dem Produktionskreislauf beauftragt ist. Weiterhin sollte diese Arbeitsgruppe Probleme und Fehler selbständig analysieren und beheben, um eine kontinuierliche Verbesserung des Produktes bzw. der Dienstleistung zu bewirken (vgl. ebd., S. 19). Die Angaben der Autoren lassen Analogien zur Qualitätsentwicklung erkennen. Folglich ist zu vermuten, dass ein Zusammenhang zwischen selbstorganisierten Prozessen und der Qualitätsentwicklung eines Produktes oder einer Dienstleistung besteht.

---

52 Nach PROBST (1987, S. 88) umfasst Entwicklung im Sinne eines organisatorischen Wandels „Wissen, Verstehen, Weisheit, Motive, Erkennen, Werte [und bezeichnet ein] emergentes Produkt selbstorganisierender Prozesse“.



Ausgehend von den aufgeführten Merkmalen der Selbstorganisation, die eine Entwicklung, Veränderung und ein Lernen der Mitarbeiter in einer Organisation und der Organisation selbst ermöglicht und einbezieht, soll im folgenden auf die bereits angedeuteten selbstorganisierenden Prozesse im Sinne von Lernprozessen eingegangen werden, die in der Organisation (vorwiegend in organisationalen Arbeitsprozessen, beispielsweise in Teams, Projektgruppen, Arbeitsgruppen, durch Weiterqualifizierung, in Lernstatt- und Qualitätszirkeln) stattfinden.

An dieser Stelle soll weiterhin angemerkt werden, dass bei den folgenden Begriffsbestimmungen insbesondere der Aspekt und Gegenstand des individuellen und organisationalen Lernens in Organisationen im Kontext der Qualitätsentwicklung und Organisationsentwicklung in den Vordergrund gestellt wird. Eine ausführliche auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft geführte Diskussion der Begriffe selbstgesteuertes und selbstorganisiertes Lernen, im bildungstheoretischen und bildungspolitischen Kontext, findet sich bei NOUNLA (2004).

#### **6.4.2.3 Selbstorganisiertes und selbstgesteuertes Lernen**

NOUNLA (2004) setzt sich bei ihrer Untersuchung zum Erwachsenenlernen und der Bestimmung des Lernens in Selbstlernzentren mit den Lernformen selbstgesteuertes und selbstorganisiertes Lernen auseinander und konkretisiert auf der Ebene der Begriffsverwendung die Unterscheidbarkeit beide Begriffe und damit verbundener Konzepte. Im Folgenden soll an den aktuellen Forschungsstand angeknüpft werden und eine mögliche Weiterentwicklung zur Begriffsverwendung vor dem Hintergrund des Lernens im Rahmen der Qualitätsentwicklung aufgezeigt werden.

Ausgehend von einer begrifflich-terminologischen Unterscheidung des selbstorganisierten vom selbstgesteuerten Lernen bewegt sich eine Abgrenzung der Begriffe voneinander im Zusammenhang mit der Bedeutung des „Selbst“ in beiden Begriffen. Dabei fällt auf, dass es einerseits um „organisieren“ und andererseits um „steuern“ in der Verwendung der Begriffe geht (vgl. KNOLL 2002d, S. 201f.).

KNOLL (2002d) versteht unter „Organisieren“ einen Prozess zu „konstituieren“, das heißt gewissermaßen (neu) zu entwickeln, zu erschaffen und aufzubauen, wohingegen „Steuern“ das Gestalten eines konstituierten Prozesses meint (vgl. ebd., S. 202).

Somit wird selbstorganisiertes Lernen als Prozess betrachtet, der vom Individuum selbst *„in eigener Zuständigkeit in Gang gesetzt und gestaltet wird“* (KNOLL 2002d, S. 202f.). Selbstgesteuertes Lernen bezeichnet einen Prozess, der dem Lerner ermöglicht, *„in einem gegebenen Rahmen oder auf einer vorhandenen Grundlage“* selbst einzelne, schon bestehende und entwickelte Aspekte zu verändern und auszugestalten (ebd.).

Auch NOUNLA (2004) greift die Bedeutungszusammenhänge des „Organisierens“ und „Steuerns“, die den beiden Begriffen zugrunde liegen, auf. Sie versteht unter dem selbstorganisierten Lernen einen eher nichtlinearen Lernprozess, in dem vom Individuum neue Strukturen, vor dem Hintergrund des Erreichens eines bestimmten Zwecks, geschaffen werden. Selbstgesteuertes Lernen dagegen bedeutet, dass das Individuum kontinuierlich, zielorientiert eher linear unter Nutzung vorhandener Strukturen lernt (vgl. ebd., S. 43f.).

Der Aspekt des „Selbst“ bezieht sich auf das, durch den Lerner selbst hervorgebrachte Interesse, Bestreben und Aktivität zu lernen, dessen Gestaltung, Unterstützung und Umsetzung. Das „fremd“ organisierte und gesteuerte Lernen bezieht sich im Gegensatz dazu jeweils auf den Aspekt des Organisierens und Steuerns durch eine andere Person, Gruppe, Organisation. Beide Aspekte können auf einem Kontinuum angeordnet werden, an dessen Polen jeweils die Perspektive „selbst“ und „fremd“ stehen. Somit lässt sich das organisierte und gesteuerte Lernen graduell einordnen. Folglich rückt die Betrachtung der „Organisationsebene des Lernens“ in den Mittelpunkt der Begriffsbestimmung, wonach sich Lernprozesse auf einer organisatorischen und steuerischen Ebene bewegen können (vgl. NOUNLA 2004, S. 28).

Ein grundlegendes Unterscheidungsmerkmal beider Begriffe wird von NOUNLA (2004) auf den Punkt gebracht: Bei selbstorganisiertem Lernen werden das Lernen und die Lernprozesse eigenständig durch ein Individuum oder in Gruppen organisiert, bei selbstgesteuertem Lernen hingegen, organisieren die Individuen die Lernprozesse nicht selbst, sondern nutzen eine „vorhandene Lerninfrastruktur“ (ebd., S. 38).

Jedoch ergibt sich bei dieser Definition des selbstorganisierten Lernens eine Unschärfe, die den Aspekt des Organisierens durch ein Individuum und in Gruppen betrifft, da hiermit zwei Ebenen angesprochen werden: das auf das „Selbst“ der Person bezogene selbstorganisierte Lernen und die Ebene des Lernumfelds, das selbstorganisierte Lernen in der Gruppe. Das bedeutet, dass auch in Gruppen das Lernen durch die Individuen organisiert wird, wobei die Gruppe den Lernkontext bzw. eine Arbeitsform darstellt. Demzufolge müsste die Definition folgendermaßen präzisiert werden: Bei selbstorganisiertem Lernen werden das Lernen und die Lernprozesse eigenständig durch das Individuum oder durch die Individuen in der Gruppe organisiert. Dabei kann das Individuum sowohl in der Gruppe als auch durch die anderen Lernenden in der Gruppe lernen, wobei KNOLL (2002d) hervorhebt, dass auch die Gruppe als Ganzes lernen kann. Dafür bedarf es einer Wahrnehmung, Kommunikation und Reflexion des Gruppenhandelns und der Einflüsse auf das selbstorganisierte Lernen in der Gruppe (vgl. ebd., S. 210f.).

Dieser zu unterscheidende Aspekt der „*Lernumgebung und Organisationsformen*“ wird auch in den Ausführungen von KNOLL/KAKAR (1999, S. 253) erkennbar: Die Autoren definieren, dass sich selbstorganisiertes Lernen ereignet, wenn die Lernenden die Lernziele, Lerninhalte, Methoden, Lernumgebung, Arbeits- Organisationsformen und -prozesse wahrnehmen und gestalten sowie ihre Ressourcen einbringen, Lernbedürfnisse und individuelle Bedürfnisse berücksichtigen, Hindernisse beim Lernen erkennen und beseitigen sowie den Lernprozess und Lernerfolge reflektieren (vgl. ebd., S. 253).

NOUNLA (2004) stellt in ihren Ausführungen heraus, dass beim selbstgesteuerten Lernen, die Lerner eine vorhandene (organisierte) Infrastruktur nutzen, um in diesem Rahmen (selbstgesteuert) zu lernen. Diese Infrastruktur umfasst Lernort, Lernzeiten, Lerninhalte, Lernmethoden, Kontrollprozesse, Selbstmotivation und Lernerorientierung des Lernprozesses (vgl. ebd., S. 25). Dabei bewegt sich das selbstgesteuerte Lernen des Lerner auf einem Kontinuum, wobei der Grad der Selbststeuerung danach beurteilt werden kann, „*wie stark der Lerner im Hinblick auf die einzelnen Merkmale selbst aktiv wird, seine vorhandenen*

*Steuerungsmöglichkeiten nutzt und somit Verantwortung für den Lernprozess übernimmt“* (NOUNLA 2004, S. 24).

Das bedeutet, der Lerner selbst kann Einfluss auf den Lernprozess nehmen und die beschriebenen Aspekte steuern, somit selbstgesteuert lernen. Der Lerner kann aber auch organisieren, d. h. die Infrastruktur im Zusammenhang mit dem Lernen umgestalten, erweitern und somit selbstorganisiert lernen (vgl. ebd., S. 57). Voraussetzung dafür ist, dass dem Lerner Eigenaktivität eingeräumt wird, er Zeit, Ort, Lerninhalte, -ziele und Lernmethoden bestimmen kann und den Lernprozess reflektiert und evaluiert (vgl. NOUNLA 2004, S. 44). Die Autorin erarbeitete diese Voraussetzungen als ein sich überschneidender Bereich, unter dem Aspekt des Vergleichs beider Lernformen, und kommt in Anlehnung an KNOLL (2002b, S. 206) zum Ergebnis, dass *„ein Lernprozess gleichzeitig selbstgesteuert und selbstorganisiert sein kann“* (vgl. NOUNLA 2004, S. 44f.). Nachstehende Abbildung 6-1 stellt das angesprochene Kontinuum dar, in dem sich selbstorganisiertes und selbstgesteuertes Lernen graduell einordnen lassen.

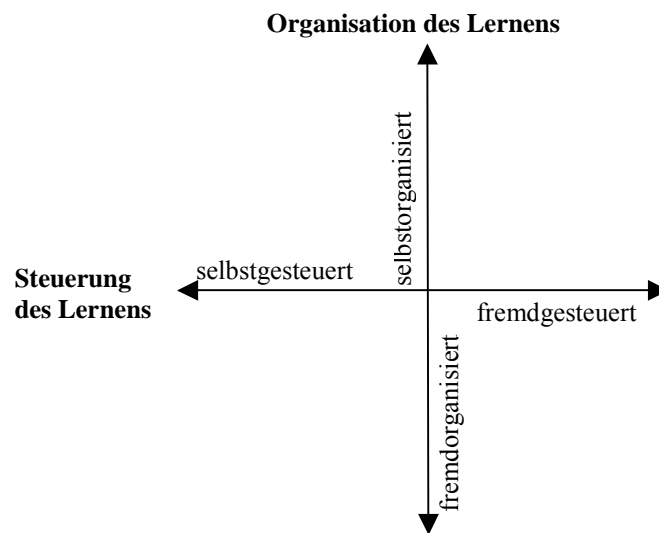


Abbildung 6-1: Zusammenhang selbstorganisiertes und selbstgesteuertes Lernen  
(Quelle: KNOLL 2002b, S. 206).

Resümierend kann festgehalten werden, dass NOUNLA (2004) in ihren Ausführungen zum selbstgesteuerten Lernen herausstellt, dass die Lerner eine vorhandene Infrastruktur nutzen, um in diesem Rahmen selbstgesteuert zu lernen. Dabei untersucht die Autorin das selbstgesteuerte Lernen an Selbstlernzentren für Fremdsprachen und fasst zusammen: *„Im Hinblick auf die institutionellen Rahmenbedingungen, die materiellen Ressourcen und die Gestaltung der Lernumgebung könnten gut organisierte Selbstlernzentren ein Leitmodell für die Förderung des selbst gesteuerten Lernens darstellen.“* (ebd., S. 89).

In den Darstellungen der Autorin wird allerdings deutlich, dass die Lernzentren die Lernumgebung organisieren sowie Prüfungen und Lernmaterialien vorgeben. An diesem Punkt stellt sich die Frage, ob die Autorin mit dem selbstgesteuerten Lernen nicht grundsätzlich ein fremdorganisiertes und selbstgesteuertes Lernen beschreibt, da die Lernzentren mit ihrer Infrastruktur den Lernprozess teilweise vorgeben. Es wird auch erkennbar, dass das Lernen nur unter gewissen organisatorischen Voraussetzungen stattfinden kann, d. h. gewisse Rahmenbedingungen (was, wie und wozu gelernt wird)

konstituiert sein müssen, um überhaupt ein selbstgesteuertes Lernen zu ermöglichen. Genauer gesagt sind der Ort, an dem das Lernen stattfinden soll, und die generellen Ziele, wie z. B. das Erlernen von Sprachen, bereits konstituiert. Die vom Individuum selbstgesteuerten Lernprozesse ordnen sich innerhalb des organisierten Rahmens ein. Folglich ist das Lernen fremdorganisiert, da es durch andere (in diesem Fall die Institution Selbstlernzentrum) mit Blick auf relevante Aspekte (z. B. Lernen von Sprachen) in Gang gesetzt wird, und selbstgesteuert, indem die Lerner ihre unmittelbare Lernumgebung und Lernziele selbst ausgestalten. Insofern kann der Aussage KNOLLS (2002d) zugestimmt werden, dass in der aktuellen Diskussion um das selbstgesteuerte Lernen hauptsächlich vom fremdorganisierten und selbstgesteuerten Lernen gesprochen wird (vgl. ebd., S. 205).

An dieser Stelle kann zusammenfassend angenommen werden, dass selbstgesteuertes Lernen, das in einem organisatorischen und institutionellen Kontext stattfindet, immer organisiert ist. Dabei wird der Anteil des „Selbst“ am Organisieren durch das Konstituieren von Strukturen der Institution sowie durch das Erschaffen von Organisationsformen (z. B. Gruppen) beeinflusst. Der Anteil des „Fremd“ am Organisieren wird vom Lerner durch die Nutzung von Strukturen der Institution und Organisationsformen geschaffen. Demzufolge kann angenommen werden, dass ein Lernen, das mit dem Blick auf selbstgesteuertes Lernen an einer Nutzung vorhandener (etablierter) Lern- oder Arbeitsgruppen ausgerichtet ist und somit innerhalb in der Gruppe und durch sie stattfindet, zugleich fremdorganisiert ist. Ein Lernen, das durch Individuen eigenständig organisiert wird, indem mehrere Personen Lern- oder Arbeitsgruppen gründen und Netzwerke bilden, um selbstgesteuert zu lernen, ist dagegen auch selbstorganisiert.

#### **6.4.2.4 Der Zusammenhang von selbstorganisiertem und selbstgesteuertem Lernen in der Qualitätsentwicklung**

Vor dem Hintergrund der Begriffsbestimmung und Differenzierung beider Lernprozesse im vorangegangenen Abschnitt soll nachfolgend aufgezeigt werden, in welchem Kontext ein selbstorganisiertes und selbstgesteuertes Lernen im Rahmen der Qualitätsentwicklung vorstellbar ist.

Ausgangspunkt für die folgenden Überlegungen ist das Verständnis von Qualitätsentwicklung als ein systematisch geplanter und durchgeführter Prozess, der eine Überprüfung, Weiterentwicklung, Verbesserung und Veränderung von Vorgängen, Abläufen, Gewohnheiten und (Kommunikations-)Strukturen umfasst, mit dem Lernen als Begleitdimension in einen systematischen Zusammenhang gebracht werden kann und auf Organisationsentwicklung und organisationales Lernen zielt.

In den Ausführungen zur Einführung von Qualitätsmanagement und zur Qualitätsentwicklung (vgl. Kapitel 3ff.) wird deutlich, dass die Aspekte Informationsvermittlung durch Bildungsmaßnahmen und Schulung der Mitarbeiter, Beteiligung der Mitarbeiter an Entscheidungen, Veränderungsprozessen sowie Kommunikations- und Informationsprozessen im Zusammenhang mit dem Konzept der Mitarbeiterorientierung und Mitarbeiterentwicklung (vgl. Kapitel 4ff.) ein organisationales Lernen und eine Kompetenzentwicklung der Mitarbeiter bezwecken. Voraussetzung für ein organisationales Lernen ist das Lernen der Mitarbeiter in der Organisation. Dieses besteht, vor dem Hintergrund der analysierten

Einführungsprozesse verschiedener Qualitätsmanagementmodelle, überwiegend in einem fremdorganisierten und selbstgesteuerten Lernen der Mitarbeiter.

Diese Annahme lässt sich damit begründen, dass die Qualitätsentwicklung geplante, d. h. vom Management vorgegebene Ziele und teilweise organisierte Prozesse umfasst und ein Konzept integriert, dass eine Weiterentwicklung der Mitarbeiter durch Informationsvermittlung und Schulungen zu spezifischen und vorgegebenen Inhalten verfolgt. Das bedeutet, die Mitarbeiter lernen in einem gegebenen Rahmen, zu vorgegebenen Zielen und nutzen dafür vorhandene Strukturen, um bereits bestehende Aspekte (z. B. die Arbeitsorganisation und die Pflegequalität) zu verändern und auszugestalten. Mit den Strukturen sind die vorgegebenen Lernziele, z. B. Verbesserung der Betreuungs- und Pflegequalität gemeint. Die Lerninhalte beziehen sich z. B. auf spezielle Qualitätstechniken, Anwendung von Verfahren der Prozessanalyse, Problemanalyse und Problemlösung. Mit dem Lernort wird die Organisation selbst und mit den Lernmethoden z. B. Informationsvermittlung und Gruppenarbeit angesprochen.

Der häufig diskutierte Aspekt der Beteiligung der Mitarbeiter an Entscheidungen von Veränderungs- und Entwicklungsprozessen, eine Einfluss- und Verantwortungsübernahme durch die Mitarbeiter, der Einbezug der Mitarbeiter in die Qualitätsarbeit durch Qualitätszirkel und Teamkonzepte sowie die Mitwirkung an der Qualitätsentwicklung kennzeichnet insbesondere den Bedeutungsgehalt des „Selbst“ im selbstgesteuerten Lernen. Wenn in den Qualitätsmanagement-Modellen von Beteiligung der Mitarbeiter gesprochen wird, kann damit der Bezug zum selbstgesteuerten Lernen hergestellt werden, da in diesem Zusammenhang die Mitarbeiter das Wissen anwenden und transformieren, um die geplanten und konstituierten Vorgänge umzugestalten und so an den Veränderungen der Qualitätsentwicklung mitwirken.

Somit kann angenommen werden, dass ein fremdorganisiertes und selbstgesteuertes Lernen der Mitarbeiter in den Qualitätsmanagement-Modellen angesprochen wird, wenn es um die Konzepte Mitarbeiterorientierung und Mitarbeiterentwicklung geht. Bei der Einführung eines Qualitätsmanagement kommt es dabei zu fremdorganisierten und selbstgesteuerten Lernprozessen bei den Mitarbeitern, wenn diese in die Veränderungen einbezogen werden. Dafür schaffen die Leitung bzw. der QM-Beauftragte Strukturen und Organisationsformen (z. B. Qualitätszirkel) für die Mitarbeiter, damit sie sich engagieren und beteiligen, um die vorgegebenen Qualitätsziele zu erreichen. In diesem Zusammenhang erarbeiten und gestalten sie selbstgesteuert die dafür erforderlichen Inhalte.

Wie ist nun aber das selbstorganisierte Lernen in den Prozess der Qualitätsentwicklung einzuordnen? Vor dem Hintergrund der Definition des selbstorganisierten Lernens, als ein vom Individuum selbst in Gang gebrachter Prozess zur Veränderung und Gestaltung, kann selbstorganisiertes Lernen eigentlich erst im Zuge der Qualitätsentwicklung als kontinuierlicher (Weiter)-Entwicklungsprozess nach einem abgeschlossenem Einführungsprozess angenommen werden. Dafür müssen sich die Mitarbeiter aus eigener Zuständigkeit heraus zu Arbeitsgruppen zusammenfinden und gemeinsam die bisher geschaffenen Prozesse evaluieren und bewerten, neue Ziele festlegen und in diesem Zusammenhang Vorgänge erneut verändern, weiterentwickeln und neue Strukturen schaffen. Das bedeutet, dass die Mitarbeiter dann – unabhängig von den (fremd) organisierten Vorgaben der

Leitung und des Managements – statt fremdorganisiert selbstorganisiert (und selbstgesteuert) lernen, neue Strukturen in der Organisation gestalten somit zur Organisationsentwicklung und einem organisationalen Lernen beitragen.

Sicherlich ist auch ein selbstorganisiertes Lernen der Mitarbeiter zu Beginn der Einführung eines Qualitätsmanagement denkbar, aber dafür bedarf es anderer Einführungskonzepte, die den Mitarbeiter beispielsweise auch an der Formulierung und Gestaltung von Qualitätszielen, von Zielen und Inhalten der Schulungen und Bildungsmaßnahmen teilhaben lassen, ihn integrieren und ihm so ermöglichen, sich von Beginn an in die Qualitätsentwicklung einzubringen und seine Handlungsfähigkeiten und Kompetenzen weiterzuentwickeln. Das erfordert wiederum gewisse strukturelle und organisatorische Voraussetzungen in der Organisation. Demzufolge können auch die Lernansätze in der Organisationsentwicklung und im organisationalen Lernen genauer formuliert werden: Sie werden durch selbstorganisiertes und selbstgesteuertes Lernen der Mitarbeiter in einer Organisation charakterisiert.

Zusammenfassend ist eine Diskrepanz zwischen den genannten Zielen der Qualitätsentwicklung, die auf organisationales Lernen ausgerichtet ist, d. h. selbstorganisiertes und selbstgesteuertes Lernen meint, und den Einführungsprozessen der Qualitätsmanagement-Modelle erkennbar, die maßgeblich ein fremdorganisiertes und selbstgesteuertes Lernen der Mitarbeiter vermuten lassen. An dieser Stelle könnte somit folgende Annahme abgeleitet werden: Die Mitarbeiter nutzen die Strukturen und Organisationsformen der Organisation, um die Qualitätsentwicklung selbstgesteuert zu gestalten. Dabei kann das selbstgesteuerte Lernen auch als Voraussetzung im Sinne einer Befähigung, die Strukturen auch neu zu konstituieren, also selbstorganisiert zu lernen und damit die Organisation zu entwickeln, betrachtet werden.

## **6.5 Zusammenfassung der Lernprozesse in der Qualitätsentwicklung**

In den Vorangegangenen Ausführungen wurde deutlich, wie sich selbstorganisiertes und selbstgesteuertes Lernen begrifflich fassen lassen und worin der Unterschied zwischen beiden Lernformen besteht: Selbstorganisiertes Lernen kennzeichnet, dass einzelne Individuen oder Individuen, die sich selbständig in einer Gruppe zusammenfinden aus eigener Motivation heraus Ziele, Aufgaben und Prozesse zur Gestaltung struktureller und organisatorischer Vorgänge im Rahmen der Qualitätsentwicklung in einer Organisation konstituieren. Selbstgesteuertes Lernen findet beim einzelnen Individuum und bei Personen in Gruppen statt, wobei hier die Individuen bereits bestehende Strukturen, wie zu erreichende Ziele, Arbeitsinhalte und Arbeitsformen nutzen, um einzelne Aspekte oder Inhalte zu bearbeiten, zu verändern und zu gestalten. Dabei besteht der Unterschied der beiden Lernformen beim „Selbstorganisieren“ darin, selbst zu konstituieren und selbst zu gestalten und beim „Selbststeuern“ darin, selbst nutzen zum Gestalten.

Weiterhin konnte festgestellt werden, dass die Lernprozesse im Zusammenhang mit den vorgestellten Einführungsprozessen eines Qualitätsmanagement und im Rahmen der Qualitätsentwicklung insbesondere durch ein fremdorganisiertes und selbstgesteuertes

Lernen der Mitarbeiter gekennzeichnet sind, wobei ein selbstorganisiertes und selbstgesteuertes Lernen der Mitarbeiter in der Qualitätsentwicklung nicht gänzlich aus den Betrachtungen ausgeschlossen wird. Dafür bedarf es aber anderer Einführungskonzepte und der Veränderung struktureller und organisatorischer Voraussetzungen sowie des Managements. In Bezug auf die Organisationsentwicklung bzw. das organisationale Lernen, die das Ziel der Qualitätsentwicklung darstellen, kann festgehalten werden, dass diese Konzepte durch selbstorganisiertes und selbstgesteuertes Lernen der Mitarbeiter in der Organisation begleitet und ermöglicht werden können.

Insofern erfolgt eine Anlehnung an die Aussage KNOLLS (2002d), in dessen Darstellungen offensichtlich wird, dass ein Lernprozess in der Gruppe oder beim einzelnen Individuum gleichzeitig selbstgesteuert und selbstorganisiert stattfinden kann (vgl. ebd., S. 206). Allerdings kann, wie bereits aufgezeigt, im Rahmen der Qualitätsentwicklung von selbstgesteuerten und fremdorganisierten, und in der Organisationsentwicklung von selbstorganisierten und selbstgesteuerten Lernprozessen ausgegangen werden. Zur Unterstützung dieses individuellen Lernens sollte die Arbeit in Form von kollektiven Lerngruppen, wie Teams, Projektarbeit, Qualitätszirkeln und Lernstätten organisiert sein.

Findet Qualitätsentwicklung in einer Organisation statt, so sind damit immer Ziele, Entwicklungen und Veränderungen verbunden. Die Ziele beschreiben den Soll-Zustand der strukturellen und prozessualen Abläufe im Ergebnis. Im Vordergrund stehen dabei oftmals organisatorische und strukturelle Veränderungen der Arbeitsabläufe. In einer Altenpflegeeinrichtung beziehen sich diese Entwicklungen beispielsweise auf veränderte Abläufe beim Vertragsabschluss zwischen Heim und Bewohner, beim Bestellen von Medikamenten und Pflegemitteln in der Apotheke oder auf die Pflege und Betreuung von Bewohnern.

Diese Veränderungen sollten durch den Mitarbeiter im Sinne einer Beteiligung und einer Mitgestaltung stattfinden und im Kontext von Gruppenarbeit, Qualitätszirkeln, Projektarbeit konzipiert, erarbeitet und umgesetzt werden. Diese Arbeits- und Organisationsformen unterstützen eine Veränderung und Weiterentwicklung der Qualität von Pflege und Betreuung sowie eine Verbesserung von Arbeitsbedingungen, Teamarbeit und allgemein eine höhere Qualifizierung im Sinne einer Erweiterung der Kompetenzen der Mitarbeiter (vgl. DYBOWSKI-JOHANNSON 1996, S. 222).

Ein Lernen erfolgt nach Angaben von DYBOWSKI-JOHANNSON (1996) durch das Lösen situations- und arbeitsbezogener Probleme, die dem Erwerb und der Weiterentwicklung fachlicher und sozialer Handlungskompetenzen dienen und diese fördern (vgl. ebd., S. 222). Die Autorin stellt heraus, dass das Lernen und die Arbeit in Qualitätszirkeln und Gruppen nicht nur als Teamarbeit von Problemlösungen zu betrachten ist, sondern im Rahmen eines „umfassenderen, qualitativeren Lern- und Entwicklungsprozess“ erfolgt (ebd., S. 223). Das Lernen in der Qualitätsentwicklung erfordert folglich Prozesse zur Aneignung von Handlungspotentialen und Kompetenzen, die kollektives Lernen durch Partizipation und Gruppenlernen ermöglichen. Das erfordert methodische Vorgehensweisen, die ähnlich wie in handlungs- und erfahrungsorientierten Handlungs- und Lernprozessen, Wahrnehmungen, Erfahrungen, Erleben, Reflexion/Verarbeiten und Transfer in die Arbeits- oder Alltagssituation unterstützen.

Zusammengefasst setzt sich die Qualitätsentwicklung zum Ziel, ein individuelles Lernen der Mitarbeiter und die Entwicklung ihrer Kompetenzen zu erreichen. Dafür muss sich der Mitarbeiter ganzheitlich und aktiv mit seiner Persönlichkeit, seinen Fähigkeiten und Verhaltensweisen in den Qualitätsentwicklungsprozess einbringen, um selbstgesteuert zu lernen, d. h. Informationen zu nutzen und zu verarbeiten, um Selbsterkenntnis und Wissen zu erschaffen, diese auf Handlungen zu übertragen und anzuwenden, und um seine Handlungsfähigkeiten und Kompetenzen weiterzuentwickeln. Weiterhin kann angenommen werden, dass sich in der Qualitätsentwicklung selbstgesteuerte Lernprozesse der Mitarbeiter in den Teams ereignen. Gelernt wird, welches Wissen benötigt und erworben werden muss, um Problemstellungen selbstgesteuert in der Gruppe zu lösen.

Durch die Einführung eines Qualitätsmanagement und vor dem Hintergrund der bereits angedeuteten Lernansätze und Lernprozesse in der Organisation sowie der dargestellten Arbeitsformen, wie z. B. Qualitätszirkel und Projektarbeit, kann angenommen werden, dass die Mitarbeiter Kompetenzen, Verhaltensweisen und Handlungen entwickeln und erweitern. Aus diesem Grund werden – ausgehend von den Handlungen in Situationen des Arbeits- und Beziehungsalltags der Pflegekräfte – ihre Kompetenzen und mögliche Veränderungen der Kompetenzen durch die Qualitätsentwicklung eingeschätzt. Zunächst wird zur Einbettung der in Kapitel 8ff. aufgezeigten empirischen Untersuchung der Qualitätsentwicklungsprozess im untersuchten Altenpflegeheim erläutert.



## 7 Qualitätsentwicklung im untersuchten Altenpflegeheim

### 7.1 Ziele und Struktur des Qualitätsmanagements

Die Grundlage für das Qualitätsmanagement bilden die Qualitätsdimensionen Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität nach DONABEDIAN (1966). Diese werden anhand des Selbstbewertungssystems der EFQM analysiert, eingeschätzt und evaluiert. Auch wenn die Dimensionen getrennt dargestellt werden, so ist eine inhaltlich trennscharfe Abgrenzung nicht möglich, da sich die Qualitätsdimensionen untereinander bedingen, beeinflussen und miteinander verknüpft sind.

Die Strukturqualität im untersuchten Altenpflegeheim umfasst die interne Organisation (räumliche Ausstattung und Sachmittel), die internen Abläufe der Arbeitsorganisation und die Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern, weiterhin die personelle Ausstattung (Pflege- und Betreuungspersonal, hauswirtschaftliches Personal, Leitung und Verwaltung, sozialer Dienst und Ergotherapie) sowie die Stellenbeschreibungen.

Zur Prozessqualität zählen die Informations- und Kommunikationsstrukturen und ihre Organisation (Regelung von Dienstübergaben, Teambesprechungen, Dienstberatungen und Zielgespräche mit Mitarbeitern), weiterhin die Grundsätze der Pflege- und Betreuungsarbeit (anhand des Pflegemodells, der Pflegeplanung, der Pflegedokumentation und Standards) sowie die Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter, die Begleitung von Bewohnern und die Einarbeitung von Mitarbeitern.

Die Ergebnisqualität umfasst die Durchführung von Pflegevisiten, die Arbeit des Qualitätszirkels zur Überprüfung der Ergebnisse sowie ein Beschwerdemanagement. Die Strukturen, Abläufe, Konzepte und Grundsätze sind in einem Qualitätshandbuch dargestellt.

Ausgehend vom Leitbild der Altenpflegeeinrichtung werden folgende Ziele des Qualitätsmanagements im untersuchten Altenpflegeheim festgelegt:

- ~ Sicherstellung der Planung und Steuerung,
- ~ Sicherung und Überprüfung der Qualität,
- ~ Sicherstellung der Weiterentwicklung und kontinuierliche Verbesserung der Prozesse in der Altenpflegeeinrichtung,
- ~ effektive und effiziente Ausrichtung der Leistungen und Angebote, entsprechend dem Bedarf der Bewohner/innen und Mitarbeiter/innen,
- ~ Gewährleistung der praktischen und kontinuierlichen Umsetzung der Qualitätsziele und der extern geforderten Qualitätssicherungsmaßnahmen (vgl. Konzept Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung des untersuchten Altenpflegeheims 2005, S. 3).

Die zentralen Aufgaben des Qualitätsmanagement enthalten:

- ~ inhaltliche und fachliche Bestandsaufnahmen,
- ~ Einleiten von Veränderungen,
- ~ Beseitigen von Defiziten und Mängeln,
- ~ Sicherstellen einer gleich bleibenden hohen Qualität aller Leistungen,
- ~ Einfluss neuer Impulse und Erkenntnisse in die tägliche Arbeit,
- ~ Gewährleisten einer regelmäßigen Überprüfung des täglichen Handelns,
- ~ Gewährleistender Weiterentwicklung aller Leistungsbereiche,
- ~ Gewährleisten einer fachkompetenten und qualitativ hochwertigen Leistungserbringung auf der Basis des christlichen Selbstverständnisses (vgl. Konzept Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung des untersuchten Altenpflegeheims 2005, S. 3).

Das untersuchte Altenpflegeheim setzt diese Qualitätsziele und Aufgaben anhand des Qualitätsmanagement der EFQM für die stationäre Altenhilfe, auf Basis des EFQM-Modells für Excellence, um. Jede dem Trägerverband angehörende Einrichtung der stationären Altenhilfe implementiert ein Qualitätsmanagement auf Basis dieses Modells. Dabei wird dieses Modell als Selbstbewertungsinstrument für die interne Qualitätssicherung genutzt. Die (im Qualitätshandbuch) beschriebenen Strukturen, Prozesse, Ziele und Ergebnisse der Einrichtung sollen anhand dieses Selbstbewertungsinstrumentes überprüft und evaluiert werden. Dieses Instrument, das wiederholend eingesetzt wird, dient dem Verdeutlichen von Veränderungen und Entwicklungen und ermöglicht einrichtungsinterne Vergleiche von Abläufen, Prozessen und Ergebnissen.

Die Selbstbewertungen werden im Rahmen der Arbeit eines Qualitätszirkels, unter konzeptioneller Anleitung des Qualitätsbeauftragten, von Mitarbeitern aus den unterschiedlichen Bereichen der Altenpflegeeinrichtung geplant, durchgeführt und evaluiert. Dabei werden in regelmäßigen Abständen (je nach Relevanz) die Kriterien und Teilkriterien des EFQM-Modells bewertet und Verbesserungsvorschläge erarbeitet. *„Diese werden durch das Leitungsteam ausgewertet und in ihrer Priorität eingestuft. Daraus wird ein Qualitätsverbesserungsplan mit konkreten Zielen den Verantwortlichen vorgelegt, die für die Umsetzung zuständig sind.“* (Konzept Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung des untersuchten Altenpflegeheims 2005, S. 5).

## 7.2 Gestaltung der Qualitätsentwicklung im untersuchten Altenpflegeheim

Wie bereits beschrieben, setzt sich die Einrichtung zum Ziel, mit dem Selbstbewertungsinstrument des Qualitätsmanagement EFQM die Abläufe und Prozesse zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflege sowie die Leistungen und Angebote der Altenpflegeeinrichtung an den Bedürfnissen der Bewohner auszurichten und dabei die gesetzlich vorgeschriebenen und geforderten Qualitätssicherungsmaßnahmen nach dem SGB XI, LQV, HeimG umzusetzen.

Die Sicherstellung der Qualität in den einzelnen Einrichtungen des Trägerverbandes erfolgt einerseits extern durch Qualitätszirkel des Trägers und intern durch die Qualitätszirkel der einzelnen Einrichtungen. Die internen Qualitätszirkel sollten nach Vorgaben des Trägerverbandes einmal monatlich stattfinden. Weiterhin werden durch den Trägerverband in einem externen Qualitätszirkel Pflegestandards erarbeitet, die in den stationären Altenhilfeeinrichtungen angewendet werden. Diese Pflegestandards werden von den am Qualitätszirkel beteiligten Mitarbeitern der Einrichtungen überarbeitet, wenn sich neue pflegerische und medizinische Erkenntnisse ergeben.

Durch den Trägerverband werden außerdem interne Audits in den stationären Altenhilfeeinrichtungen durchgeführt, die die Leitung und Mitarbeiter des Altenpflegeheims auch auf die Prüfung durch den MDK und die Heimaufsichtsbehörde vorbereiten sollen. Dabei werden beispielsweise stichprobenartige Pflegevisiten durchgeführt sowie die Pflegedokumentation und das Qualitätshandbuch überprüft.

Für die Verdeutlichung der Qualitätsentwicklung in der untersuchten Einrichtung wird zunächst die Arbeit des Qualitätszirkels beschrieben. Daran schließt sich die Vorstellung und Erläuterung der Durchführung von Projekten, die im Rahmen der Qualitätsentwicklung stattfinden, an.<sup>53</sup>

### **7.2.1 Der Qualitätsentwicklungsprozess: die Arbeit des Qualitätszirkels**

Die Neugründung des Qualitätszirkels<sup>54</sup> (nach der Eröffnung der Einrichtung) findet im März 2004 statt. In diesem Zusammenhang erklären sich neben der PDL drei Mitarbeiter (Altenpfleger) bereit, an der Arbeit im Qualitätszirkel mitzuwirken. Die Leitung des Qualitätszirkels übernimmt eine Mitarbeiterin, die von April bis Juli 2004 an einer qualifizierenden Weiterbildung zur Qualitätsmanagementbeauftragten teilnimmt. Diese Weiterbildung finanziert der Arbeitgeber. Den Aufzeichnungen kann entnommen werden, dass sich die Mitglieder des Qualitätszirkels einmal monatlich treffen, um die aktuellen Themen und Probleme zu besprechen und zu bearbeiten. Betreffen die zu bearbeitenden Themen Bereiche der Einrichtung, wie beispielsweise Service, Verwaltung oder Küche, werden die entsprechenden Mitarbeiter zum Qualitätszirkel eingeladen. Die Qualitätszirkeltreffen werden durch die PDL protokolliert (vgl. Anlage 1, Protokoll vom 3.3.04).

Das Qualitätsmanagement der untersuchten Altenpflegeeinrichtung umfasst u. a. ein schriftliches Rahmenkonzept zu folgenden beispielhaften Inhalten und Bereichen: strukturelles Rahmenkonzept, Pflegekonzept (Leistungsspektrum), Sterbebegleitungskonzept, Hygienekonzept und Angehörigenkonzept. Diese Konzepte werden durch den Qualitätszirkel und die beteiligten Mitarbeiter aus den anderen Bereichen der Einrichtung erstellt. In der Anlage 1 werden exemplarisch bearbeitete Themen des Qualitätszirkels im Zeitraum März 2004 bis März 2005 aufgezeigt.

---

53 Zur Charakteristik des untersuchten Altenpflegeheims vgl. Kapitel 8.2.3.

54 Diese Angaben und die Anlage 1 basieren auf den originalen Protokollen der Qualitätszirkelsitzungen, die die Pflegedienstleitung der Einrichtung verfasste und der Autorin in schriftlicher Form zur Verfügung stellte. Die Protokollinhalte wurden inhaltlich sinngemäß und anonymisiert wiedergegeben.

Nach der Erstellung des Rahmenkonzeptes findet die Bearbeitung des Selbstbewertungssystems des EFQM-Modells statt. Dazu gehören die Überarbeitung und der Einsatz des Fragebogens sowie die Durchführung der Punkte-Bewertung. Im Qualitätszirkel werden die Aufgaben zur Bearbeitung des Handbuchs verteilt und ausgeführt. Nach Einführung des EFQM-Modells und der Auswertung des Fragebogens entstehen neue Aufgaben, die wiederum eingearbeitet werden. Diese Aufgaben stellen beispielsweise ein Beschwerdewesen, geänderte Pflegestandards (Erfahrung mit Hilfsmitteln), aktuelle Themen wie Feiern oder Dienstleistungsprozesse dar.

Die Inhalte der Anlage 2 zeigen die bearbeiteten Themen des Qualitätszirkels im Untersuchungszeitraum Juni 2005 bis Juni 2006 auf und basieren auf den Aufzeichnungen der Autorin zur Begleitung des Qualitätsentwicklungsprozesses und der Teilnahme an den Qualitätszirkeltreffen in diesem Untersuchungszeitraum.<sup>55</sup> An den regelmäßigen Sitzungen des Qualitätszirkels nehmen die PDL, der QMB und vier Altenpfleger teil.

## 7.2.2 Projekte im Rahmen der Qualitätsentwicklung

In diesem Abschnitt werden die Projekte des Qualitätsmanagements vorgestellt und erläutert, die im Altenpflegeheim im Untersuchungszeitraum durchgeführt werden.

### 7.2.2.1 Beschwerdemanagement

Als erstes Projekt wird im Juni 2005 vom Qualitätszirkel das Beschwerdemanagement bearbeitet (vgl. Anlagen 2 und 9, Protokoll vom 10.6.05)<sup>56</sup>. Von der PDL wird vorgeschlagen, die bestehenden Formblätter, die im Foyer der Einrichtung ausliegen, zu überarbeiten. Das Beschwerdemanagement sieht vor, dass Angehörige, Bewohner oder Besucher Hinweise und Veränderungen auf dem Formblatt schriftlich formulieren und in einen dafür vorgesehenen Briefkasten im Foyer einwerfen. Im folgenden Qualitätszirkeltreffen im Juli 2005 wird von der PDL eingeräumt, dass sie versäumte, die geplanten Maßnahmen zum Beschwerdemanagement mit der Heimleitung zu besprechen und die Formblätter und Stifte am Briefkasten auszulegen (vgl. Anlage 2, Protokoll vom 6.7.05).

Im Juli 2005 werden von der Autorin erste Interviews durchgeführt. Dabei wird verfolgt, wie die Umsetzung des Beschwerdemanagements erfolgt ist: Im Foyer des Hauses wird ein Briefkasten angebracht, die Formblätter liegen aus, aber die Stifte fehlen (vgl. Anlage 8, Notizen vom 25.7.05). Nach Rücksprache mit der PDL und Heimleitung werden die fehlenden Stifte ausgelegt (vgl. Anlage 8, Gespräch mit der HL vom 26.7.05). Im weiteren Vorgehen soll der Briefkasten von der Verwaltung geleert werden, wobei bis August 2005 noch keine Beschwerden eingegangen sind (vgl. Anlage 9, Protokoll vom 11.8.05).

---

<sup>55</sup> Die Angaben der Anlage 2 basieren auf den originalen Protokollen der Qualitätszirkelsitzungen, die die Pflegedienstleitung der Einrichtung verfasste und der Autorin in schriftlicher Form zur Verfügung stellte. Die Protokollinhalte wurden inhaltlich sinngemäß und anonymisiert von der Autorin wiedergegeben. In Ergänzung dazu vgl. Anlage 8: Aufzeichnungen der Autorin im Forschungstagebuch und Anlage 9: Protokolle der Autorin zu den Qualitätszirkelsitzungen.

<sup>56</sup> Die Angaben zu den Projekten „Beschwerdemanagement“ und „Apothekenwechsel“ (vgl. 7.2.2.2) basieren auf den protokollierten Aufzeichnungen der Autorin zu den Qualitätszirkelsitzungen und auf Notizen zu Gesprächen mit der PDL und Heimleitung im Forschungstagebuch sowie teilweise auf den Protokollen der PDL zu den Qualitätszirkelsitzungen (vgl. Anlage 8, 9 und 2).

Das Projekt Beschwerdemanagement scheint mit der Erstellung der Formblätter, dem Anbringen des Briefkastens und dem Auslegen der Stifte beendet zu sein. Ein offizieller Abschluss des Projektes wird im Qualitätszirkel nicht bekannt gegeben. Es fehlt die Einbettung bzw. der Bezug zum schon bereits bestehenden Konzept „Umgang mit Beschwerden – Beschwerdemanagement“, das im Qualitätshandbuch der Einrichtung unter Punkt 2.6 integriert ist.

Im Januar 2006 wird das Projekt Beschwerdemanagement vom Qualitätszirkel nochmals aufgegriffen. Dabei wird besprochen und festgestellt, dass die Beschwerdeformulare von Bewohnern und Angehörigen bisher nicht benutzt werden. Es wird resümiert, dass Beschwerden eher kommunikativ zwischen Bewohnern, Angehörigen und Mitarbeitern geklärt werden. Welche Konsequenzen dies für die weitere Bearbeitung des Projektes hat, wird nicht geklärt (vgl. Anlage 9, Protokoll vom 16.1.06).

#### **7.2.2.2 Apothekenwechsel**

Die ersten inoffiziellen Informationen und Gespräche der PDL mit der Autorin zum Wechsel der Apotheke und damit der Medikamentenbestellung erfolgen bereits im August 2005 (vgl. Anlage 8, Notizen vom 11.8.05 und 18.8.05). Zu dem Zeitpunkt werden bereits erste Kontakte mit einigen Apotheken durch die Einrichtung hergestellt. Das Ergebnis dieser ersten Gespräche ist, die Medikamente in einem Verfahren, das sich „Verblistern“ nennt, von der Apotheke bereitstellen zu lassen. Die PDL erklärt, dass mit dem Wechsel und dem neuen Bestellverfahren Abläufe in der Medikamentenbestellung und -verschreibung neu organisiert werden müssen. Als ein Projekt zur Qualitätsentwicklung wird dieses Vorhaben von der PDL zunächst nicht eingeordnet.

Ende August 2005 beginnt die Arbeit zu diesem Projekt Apothekenwechsel (immer noch inoffiziell). Die Heimleitung entscheidet sich für eine Apotheke. Der aktuellen Apotheke soll nach Überprüfung der vertraglichen Vereinbarungen der Vertrag gekündigt werden. Die neue Apotheke soll vor Ort im Altenpflegeheim die Medikamente der Bewohner in so genannten „Blistern“ verschweißen. An der Entscheidungsfindung zu diesem Projektvorhaben sind neben der PDL und Heimleitung auch die zwei Wohnbereichsleiter beteiligt (vgl. Anlage 8, Notizen vom 20.8.05).

Die PDL wendet sich mit Fragen an die Autorin, wie der Qualitätszirkel in dieses Projekt einbezogen werden kann, da die Entscheidungen außerhalb der Mitglieder und dieses Kreises getroffen werden und noch nicht offiziell allen Mitarbeitern bekannt gegeben werden sollen. In einem Beratungsgespräch werden der PDL von der Autorin die allgemeinen Aufgaben Funktionen und Ziele des Qualitätszirkels in Bezug auf dieses Projekt erläutert. Die PDL nutzt das Gespräch als Anregung für die Entscheidung, die Mitarbeiter des Qualitätszirkels über den Stand des Projektes zu informieren, auch wenn sie nicht in Entscheidungen einbezogen werden (vgl. Anlage 8, Notizen vom 20.8.05).

Im Oktober erfolgen wieder inoffizielle Informationen zum Apothekenwechsel: Das Projekt kann noch nicht offiziell umgesetzt werden, da noch Absprachen der Heimleitung mit der Apotheke zu vertraglichen Regelungen fehlen (vgl. Anlage 8, Notizen vom 12.10.05). Im November 2005 wird dem Qualitätszirkel offiziell das Vorhaben des Apothekenwechsels ab 1.3.06 mitgeteilt, wobei die Medikamente für die Bewohner in einem wöchentlichen

Verfahren „Verblistern“ von der Apotheke bereitgestellt werden (vgl. Anlage 9, Protokoll vom 11.11.05). Im Dezember 2005 wird von der PDL der Qualitätszirkel informiert, dass es eine Veränderung im Verfahren „Verblistern“ geben wird. Die Apotheke verwendet stattdessen Behälter sog. „Boxen“ zur Aufbewahrung der Medikamente. Die Einführung wird detailliert mit der PDL, den WBLs und der Apotheke besprochen (vgl. Anlage 2, Protokoll vom 6.12.05).

Im Januar 2006 wird im Qualitätszirkel bekannt gegeben, dass die Absprachen über Abläufe und Hinweise zum Apothekenwechsel mit der Apotheke stattfinden, weiterhin erfolgt die Bestätigung des Termin zur Einführung zum 1.3.06. Die Informationspolitik des Altenpflegeheims zur geplanten organisatorischen Veränderung „Apothekenwechsel“ kennzeichnet eine erste Integration der Qualitätszirkel-Mitarbeiter, die ihre Ideen einbringen können. Die Mitarbeiter in den Wohnbereichen werden später in ihren Teamsitzungen durch die PDL und Wohnbereichsleiter zu den neuen Abläufen informiert. Änderungen in den Verordnungen übermitteln die Ärzte direkt an die Apotheke. Die Apotheke erhält eine Software für die Anordnungen. Die Ärzte der Bewohner werden über das neue Medikamentenverfahren und damit zusammenhängende Veränderungen schriftlich durch die PDL informiert. Für die Apotheke selbst sind mit den verwendeten Behältern für die Medikamente auch einige Veränderungen verbunden, da dieses Projekt für sie auch eine Neuerung darstellt (vgl. Anlage 9, Protokoll vom 16.1.06).

Ab Februar 2006 werden die Medikamente in der Einrichtung durch die Apothekenmitarbeiter für jeden Bewohner 28 Tage im Voraus gesetzt. Die dabei zu beachtenden Abläufe zum Umgang mit ärztlichen Anordnungen, Bedarfsmedikation, Rezeptanforderungen und Medikamentenänderungen werden in Gesprächen zwischen den WBLs, der PDL und der Apotheke geklärt. Den Apothekenmitarbeitern wird ein Raum in der Einrichtung zur Verfügung gestellt, in dem sie vor Ort die Medikamente setzen. Die Medikamente werden für jeden Bewohner in Schubtablets aufbewahrt und vom Nachtdienst für den Folgetag vom Aufbewahrungsort auf den Wohnbereich gebracht. Der Zahlungsverkehr mit dem Bewohner erfolgt nun über die Apotheke, nicht mehr über das Altenpflegeheim als Zwischeninstanz. Von der PDL wird eine Verfahrensanweisung „Apothekenwechsel“ erstellt, die im Ordner Standards auf den Wohnbereich abgelegt wird (vgl. Anlage 9, Protokoll vom 20.2.06).

### **Welche Veränderungen zieht der Apothekenwechsel nach sich?**

Die folgende Analyse der Veränderungen durch das Projekt „Apothekenwechsel“ basiert auf der Auswertung der Interviews der Erhebungsphase T<sub>2</sub>.

Nach abgeschlossener Einführung des Projektes Apothekenwechsels im April 2006 (vgl. Anlage 9, Protokoll vom 19.4.06) und einer zunächst mühsamen Eingewöhnungsphase bei den Mitarbeitern (zum Beachten neuer Reihenfolgen beim Sortieren und Stapeln der Medikamentenbehälter) werden organisatorische Veränderungen der Arbeitsabläufe und individuelle Veränderungen bei den Mitarbeitern erkennbar.

*„Dass man einfach Strukturen verändert und fragt wie kann ich was kompetenter und auch mit weniger Arbeitsaufwand auch gestalten. [...] Dass man sich Gedanken macht, Apotheke stimmt meine Organisation der Medikamentenverwaltung und Medikamentengabe“ (2, 94).*

**Organisatorische Veränderungen: Erleichterung und Fehlerreduktion**

Zunächst können im Zusammenhang mit dem Apothekenwechsel organisatorische Veränderungen in Form von verringerten nächtlichen Belastungen durch das Medikamentensetzen und die Pflege sowie Fehlerreduzierungen verzeichnet werden, die auch ein erklärtes Ziel dieser strategischen Veränderungsplanung darstellen. Die Fehlerreduktion bezieht sich auf die Aspekte, dass weniger Fehler im Zusammenhang mit Medikamenten-Nachbestellungen und der Medikamentenverteilung resümiert werden. Die Aufgaben der Nachtschicht werden auf zwei Mitarbeiter verteilt, dabei war bisher eine examinierte Pflegefachkraft (Altenpfleger) mit dem Setzen der Medikamente beschäftigt und eine zweite Mitarbeiterin kümmerte sich um die Bewohner. Die Mitarbeiterin, die die Medikamente setzte, musste sich einerseits konzentrieren, keine Fehler bei der Medikamentenverteilung zu machen und andererseits auch auf das Klingeln der Bewohner oder Zwischenfälle reagieren. Dabei wurde sie von ihrer eigentlichen Aufgabe weggerufen, was allerdings dann bei der Wiederaufnahme der Tätigkeit teilweise zu Fehlern führte.

*„Die Pflege hat dieses aufwändige Setzen nicht mehr und ich denke auch, dass es zuverlässiger ist, weil eben auch durch dieses Weglaufen immer auch Fehler passiert sind“ (15, 60).*

*„Wir haben immer für 4 oder 5 Tage vorgesetzt und dann gab es eben dann mit der Bestellerei [Probleme], da war immer zuviel, zu wenig, das war immer durcheinander gewesen und da haben wir dann [den] Apothekenwechsel gemacht“ (23, 114).*

*„Ja Apotheke ja, das ist auf der einen Seite ist es gut, ich sag mir immer das ist ein Stück weg weniger Arbeit für uns. Wir mussten ja in der Nacht für 2 Wohnbereiche setzen und es klingelt ja und man hat ja auch noch andere Arbeiten. Das war schon ganz schön stressig“ (20, 64).*

**Organisatorische Veränderungen: Veränderung im Zeitmanagement**

Durch den Apothekenwechsel kann auch eine organisatorische Veränderung im Zeitmanagement der Nachschicht festgestellt werden. Die Mitarbeiter, die bisher ca. zwei Stunden mit dem Medikamentensetzen beschäftigt waren, bemerken eine positive zeitliche Verbesserung in Form von Zeitersparnis.

*„Wir als Haus haben ein Signal gesetzt, gerade an die Pflege muss ich sagen, weil, das ist eine Verbesserung im Zeitmanagement einfach. Also in der Nacht war das so furchtbar anstrengend und aufwändig Medizin zu setzen, man war eigentlich blockiert im Dienstzimmer und war eigentlich auch gar nicht mehr für die Pflege da“ (15, 60).*

*„Na ja, weil es war schon zeitaufwändig, weil das vom Nachtdienst gemacht wurde [...] und das ist schon, sage ich mal, eine Zeitersparnis“ (17, 75).*

*„Das war dann immer, man hat also diesen Zeitdruck in der Nacht gehabt und wenn jemand geklingelt hatte, ist dann die Kollegin von der anderen Station gegangen, das fand ich ganz gut, aber es bleibt dann auch eben Zeug auf der Strecke“ (23, 120).*

### **Nutzung der Zeitkapazitäten**

Es stellt sich natürlich in diesem Zusammenhang die Frage, wofür diese eingesparte Zeit genutzt wird. In den Interviews werden dazu verschiedene Aspekte angeführt:

- ~ Pflegeaufwändige und intensiver zu betreuende Bewohner können länger betreut und gepflegt werden.
- ~ Die Zeit wird für die Pflegeplanung und Pflegedokumentation genutzt.
- ~ Die Zeit wird allerdings auch für Reinigungsarbeiten aufgewendet.

Einerseits werden die nächtlichen freien Zeitkapazitäten für die intensiverer Pflege und Betreuung von Bewohnern aufgewendet: Bewohner, die nachts häufig klingeln oder einen Essenswunsch haben, können nun länger betreut werden. Die Mitarbeiter können sich nachts mehr Zeit für demente oder unruhige Bewohner nehmen und sich z. B. mit ihnen gemeinsam hinsetzen, sie beruhigen und mit ihnen sprechen.

*„Ansonsten ist ja nachts auch viel Unruhe, durch die Dementen, da tut man einem mal eine Schnitte machen [...] da bleibe ich ja automatisch dabei bis die Schnitte aufgegessen ist, mitunter, und redet mit ihnen sogar, beruhige das sie auch wieder einschlafen, da ist, da geht auch Zeit drauf. Das ist eben jetzt, das kommt jetzt praktisch zu Gute dem Heimbewohner. Er kann davon profitieren“ (21, 94).*

*„Es ist zwar in dem Sinne keine gewonnene, ja es ist gewonnene Zeit, aber auf der anderen Seite klingeln die Bewohner auch nachts mehr. Und sind nachts pflegeaufwändiger. Also gleicht sich das jetzt wieder aus, aber wenn ich das jetzt noch mit der Medizin setzen hätte und dieses Geklingel, also es wäre dann wirklich kaum noch zu schaffen. Und in dem Sinne, ich finde das schon gut.“ (10, 75).*

Andererseits wird die übrige Zeit auch für die schriftliche Pflegedokumentation und Pflegeplanung genutzt. Zum Teil kann die Zeit auch für Übungen zur elektronischen Pflegedokumentation (die Einführung eines neuen Computerprogramms) aufgewendet werden, indem sich ungetübte Mitarbeiter mit dem PC und dem Programm vertraut machen.

*„Gerade in der Nacht, sie können wirklich andere Sachen machen, gerade die Computereinführung, sie können wirklich jetzt nachts am Computer üben. Ich meine es müssen jetzt nicht alle, die mit den Computer gut umgehen können, der eine kann es, der andere kann es nicht und da ist eben die Nacht, wenn es da eben ein bisschen ruhig ist, kann man dran üben und wenn dann sage ich und wenn man bloß irgendwelche Texte eingibst damit man bloß damit zurecht kommt, schreibst und dann halt eben nicht speicherst“ (20, 66).*

*„Ja wir sitzen jetzt auch, also wir haben jetzt mehr Zeit für die Pflegedokumentation zu schreiben, also wer im Nachtdienst ist, hat die Möglichkeit, die im Nachtdienst jetzt zu schreiben, wenn es geht“ (21, 94).*

*„Ja wenn es ruhig läuft sag ich mal, man hat seine Rundgänge zu machen, man muss die Leute umwindeln, es wird noch Tee gekocht nachts, es wird noch Medikamente ausgeteilt um 10, also dann ist um Mitternacht schon wieder ein Rundgang dran und gegen um drei ist noch einmal ein Rundgang dran, in der Zwischenzeit hat vielleicht mal einer einge-*



*macht. Also es ist eigentlich immer was und wenn ich jetzt mal Luft habe, dann setzt ich mich hin und mache meine Pflegeplanung weiter. [...] Na ja mehr Zeit übrig in dem Sinne das würde ich nicht sagen, weil die alle aufwändiger geworden sind. Ja klar ich kann jetzt am Bewohner bleiben, das schon, aber das ich jetzt, wie das gedacht wird, na ja ich kann jetzt schreiben und stundenlang hinter einander weg, so ist es nicht.“ (10, 83, 87).*

Neben der Zeit für den Bewohner und der Pflegedokumentation wird die nächtliche Zeit auch für Reinigungs- und Aufräumarbeiten von den Pflegekräften genutzt. Das sind Tätigkeiten, die am Tag nicht erledigt werden können, weil dafür die Zeit fehlt.

*„Das man mal anfängt aufzuräumen, sortierst mal alles aus was nicht mehr gebraucht wird, das blieb alles auf der Strecke, das sind aber auch alles Arbeiten die irgendwann mal gemacht werden müssen. Am Tag ist keine Zeit und jetzt ist nun mal nachts ein paar Minuten“ (20, 70).*

*„Wir haben jetzt in der Nacht viele Reinigungsarbeiten, man muss das Dienstzimmer putzen. [...] Die Arbeitsflächen putzen und so weiter. Reinigungsarbeiten sind schon, hier die ganze Wäsche auffüllen und mal so die Nebentätigkeiten“ (17, 89, 94).*

#### **Organisatorische Veränderungen: zusätzliche Wege**

Es sind auch gegenteilige Äußerungen der Mitarbeiter zu verzeichnen, die keine sichtliche zeitliche Verbesserung erkennen können, da zunächst aufgrund des Apothekenwechsels vermehrte Arbeitswege anfallen und auch die Arbeitsorganisation der Medikamentenverteilung zu den Mahlzeiten auf die Bewohnersituation angepasst werden muss.

*„Wir hatten früher die Medikamentenbecherchen, wo wir gesetzt haben, die Näppeln und jetzt haben wir ja Dosen und wenn ich die Heimbewohner hinsetzte, der weiß damit nichts anzufangen, der fängt an hin und her zuschieben, selbst die die jetzt noch normal sind, alles verstehen, bringen es nicht, das ist zu schwer zum schieben. So also haben wir es am Anfang so gemacht, da haben wir es denen immer gleich auf die Hand gegeben die Tabletten, da sind aber viele runter geflogen, also war es weg und sind dann wegen jeder Tablette dann hier runter gerannt und hast es geholt und jetzt haben wir es wieder so gemacht, jetzt holen wir uns die Tabletten, also praktisch unsere Box hoch und schütten sie oben wieder um. Das ist eigentlich von der Zeit her wieder quatsch, da ist wieder Zeit verloren“ (21, 92).*

#### **Individuelle Veränderungen: Unsicherheit und Kompetenzverlust**

Neben den eher positiv eingeschätzten organisatorischen Veränderungen werden von einigen Mitarbeitern aber auch individuelle Veränderungen bemerkt. Dies ist auf der einen Seite ein fachlicher Kompetenzverlust, der dadurch entsteht, dass sich die Altenpfleger nicht mehr mit Medikamenten und deren Dosierungen auseinandersetzen müssen und auf der anderen Seite ein daraus resultierendes Unsicherheitsgefühl der Mitarbeiter, nicht mehr zu wissen, welches Medikament den Bewohnern verabreicht wird oder welches Medikament der Bewohner ausgeteilt bekommt.

*„Aber ich weiß nicht, ich habe das auch jahrelang gemacht, gut und man hat das doch dann irgendwie im Kopf, ich brauche dann keine Akten mehr, klar muss man nach Akte stellen klar, aber das weiß man eigentlich, sage ich mal so jetzt. Man weiß dann schon oder*

*es fällt einem eher auf wenn dann mal irgendwo eine falsche Pille drinne liegt, dann weiß man ohne das man weiß, ohne irgendeine Dokumentation haben muss, weiß man, also ich wüsste es genau von dem Medikamententypus von der Farbe genau der Pillen was der kriegt jetzt. Die einzelnen Medikamente, die hätte ich im Kopf gespeichert sage ich mal so, also es fällt mir nicht schwer das zu wissen, von den Bewohnern, was der Früh, Mittag und Abend kriegt. Und jetzt, jetzt mache ich das nicht, also ich habe, also ich fühle mich jetzt so ein bisschen unsicher, weil ich jetzt nicht weiß, wie welche Pille zu welchem Namen sage ich mal, ich weiß jetzt nicht wie das Medikament aussieht, das wüsste ich aber. [...] Aber das ist jetzt so persönlich für mich, wo ich jetzt so ein bisschen ein Unsicherheitsgefühl habe. Ich muss es halt austeilen, sage ich mal so, ich weiß nicht ob es stimmt, aber es muss ja stimmen, die Apotheke hat es ja gemacht. Das muss ja stimmen.“ (17, 83, 85).*

Diese Unsicherheit überträgt sich auch die Pflege und Betreuung der Bewohner, da die Mitarbeiter auf Fragen der Bewohner zur Tablettenfarbe und Form reagieren müssen. Den Mitarbeitern fehlen Informationen über die Menge der noch vorhandenen Tabletten. Dies führt dazu dass, sie sich erst in der Akte vergewissern oder am Aufbewahrungsort der Tablettenboxen nachschauen müssen, womit jedoch wieder zusätzliche Wege und Zeit verbunden sind.

*„Auf der anderen Seite ist es wieder, wo man sagt ja und du weißt dann selber auch nicht mehr, haut das nun jetzt hin oder ist eine grüne Pille oder ist die Pille gelb, weil man hat ja keine Veranlassung da gucken zu gehen. Wenn der Doktor jetzt irgendwas aufschreibt und die Apotheke sagt nein, von der Firma ist es zu teuer wir nehmen die andere Firma, und der Bewohner sagt aber die Pille war bis jetzt grün, jetzt ist es aber eine rote, sie müssen dann auch irgendwie reagieren können. Richtig wissen, wissen sie es nicht, und das heißt, sie müssen runter flitzen gucken, das ist manchmal das, und dann sagt der Doktor dann, ‚wie viel sind denn da noch in der Schachtel drinnen?‘ ‚Hm Doktor, ich geh runter und gucke.‘ Das ist so was zweischneidiges, auf der einen Seite ist es gut das wir es so herum machen und auf der anderen..., wobei ich der Meinung bin das das Gute doch ein bisschen überwiegt.“ (20, 64).*

Grundsätzlich haben die Mitarbeiter eine positive Haltung zu den Veränderungen durch den Apothekenwechsel. Sie sehen in den vorwiegend organisatorischen und strukturellen Veränderungen eine Erleichterung ihrer Arbeit und ein verbessertes Zeitmanagement, das überwiegend für und mit den Bewohnern genutzt wird.

### **7.2.2.3 Einführung der elektronischen Pflegedokumentation**

Die Einrichtung führt ab April 2006, über einen Zeitraum von einem Jahr, eine elektronische Pflegedokumentation ein (vgl. Anlage 2 und Anlage 9, Protokoll vom 19.4.06)<sup>57</sup>. Dazu werden vom Hersteller des Programms drei Schulungen für die Mitarbeiter angeboten. Die erste Schulung findet im April 2006 in der Einrichtung statt. Diese Schulung qualifiziert die Mitarbeiter, die Stammdaten ihrer Bezugsbewohner in das Dokumentationssystem

---

<sup>57</sup> Die Angaben zum Projekt „Einführung der elektronischen Pflegedokumentation“ basieren auf protokollierten Aufzeichnungen der Autorin zu den Qualitätszirkelsitzungen im Forschungstagebuch und teilweise auf den Protokollen der PDL zu den Qualitätszirkelsitzungen (vgl. Anlage 9 und 2).

einzupflegen. Jedoch entsteht dadurch ein doppelter Dokumentationsaufwand, da parallel dazu ebenfalls schriftlich dokumentiert wird. Außerdem wird die Pflegedokumentation häufig nach der Arbeitszeit durchgeführt. Als erste Veränderung zur Einführung werden einige schriftlich geführte Formulare, wie Vitalzeichenblatt, Anamnese, Berichteblatt und Stammbblatt der Pflegedokumentationen, nach Eingabe der Daten in die elektronische Dokumentation nur noch elektronisch fortgeführt, um einerseits Doppeleintragungen und andererseits auch unterschiedliche Formulierungen in beiden Dokumentationssystemen zu vermeiden (vgl. Anlage 9, Protokolle vom 15.5.06 und 19.6.06).

### **Welche Ziele werden mit der Einführung der elektronischen Pflegedokumentation verfolgt?**

Die folgende Analyse der Ziele, die mit dem Projekt „Einführung der elektronischen Pflegedokumentation“ verfolgt werden, basiert auf der Auswertung der Interviews der Erhebungsphase T<sub>2</sub>.

Die Altenpflegeeinrichtung verfolgt mit der Einführung der Pflegedokumentation neben dem Aspekt der rechtlichen Absicherung durch die korrekte, umfassende und anwenderüberprüfende Pflegedokumentation auch strukturelle und organisatorische Veränderungen, wie die Verkürzung von Informationswegen zwischen den Wohnbereichen und der Leitung.

Die Verkürzung von Informationswegen betrifft exemplarisch die Nachrichtenvermittlung von Krankenhausverlegungen der Bewohner oder die Informationen zur Pflegestufenerhöhung an die Wohnbereiche, auch um Informationsverlust oder Verzögerungen zu vermeiden.

*„Es sind viel zu viel lange Informationswege noch durch die schriftliche jetzt auch die Übergabe oder diese Berichte. [...] wenn ich jetzt früh gleich wirklich den Computer anmache und habe gleich eine Mail drauf, hier ins Krankenhaus gestern Abend oder so, man hat sofort den Stand und das finde ich total wichtig. [...] Auch die Datenübertragung jetzt vom Heimmanager zum Beispiel das ist gekoppelt mit dem Pflegemanager dann, da wenn die Pflegestufe durch ist, also nicht das es, haben wir auch schon mal vergessen hoch zumelden zum Beispiel das sind Übertragungswege die unnötig sind.“ (15, 54).*

Die Sicherheitsaspekte beziehen sich auch die Anwendung des Programms selbst, indem die Pflegekraft keine Daten oder Aufzeichnungen vergisst, sowie die Integration von Ergotherapie und Betreuung in die Pflegedokumentation, die auch vom MDK überprüft wird.

*„Aber ich denke wirklich mit der EDV- gestützten, das ist umfassend, dort geht auch kein Bereich unter, also wie jetzt die Ergo zum Beispiel oder die soziale Betreuung [...] weil dort wirklich alle möglichen Aktivitäten angefragt werden, ohne die, wenn du die nicht abarbeitest oder anklickst wenigstens, dann kommst du gar nicht weiter. Das finde ich total wichtig“ (15, 54).*

### **Welche Veränderungen ergeben sich im Zusammenhang mit der Einführung der elektronischen Pflegedokumentation?**

Die folgende Analyse der Veränderungen durch das Projekt „Einführung der elektronischen Pflegedokumentation“ basiert ebenfalls auf der Auswertung der Interviews der Erhebungsphase T<sub>2</sub>.

Im Kontext der Einführung dieses Projektes, das allerdings erst im Jahr 2007 abgeschlossen sein wird, ergeben sich nach den Aussagen der Mitarbeiter bereits zum Zeitpunkt der Interviews T<sub>2</sub> merkliche Veränderungen. Dies sind organisatorische Veränderungen, wie beispielsweise Zeitaufwand bei den Dateneingaben und Zeitverluste in der Pflege und Betreuung der Bewohner. Weiterhin werden von den Pflegekräften auch Veränderungen des Team und die Zusammenarbeit im Team betreffend, angegeben. Diese Angaben beziehen sich auf eine Geschlossenheit im Team und eine hohe Bereitschaft der Mitarbeiter zur Zusammenarbeit. Auch werden individuelle Veränderungen bei einzelnen Mitarbeitern erwähnt, die sich insbesondere auf die Psyche der Pflegekräfte beziehen, die durch den Druck der Leitung und durch zusätzliche Belastungen Ängste entwickeln und überlastet erscheinen. Nachstehend werden diese Veränderungen im Einzelnen näher beleuchtet.

#### ***Organisatorische Veränderungen: Zeitaufwand der Dateneingabe***

Die Pflegekräfte befürchten durch die Einführung der neuen elektronischen Pflegedokumentation und der damit beginnenden Ablösung der schriftlichen Dokumentation einen erhöhten Zeitaufwand für die Dateneingaben und den Umgang mit dem PC. Diese Annahmen werden durch die Leitung bestätigt, die zunächst eine Verkürzung von Informationswegen für die Verwaltung erwartet, aber den Aufwand für die Pflegebereiche als hoch einschätzt.

*„Die kurzen Wege die es dann sind, für uns jetzt, haben dann aber die Pflegekräfte mehr, denke ich in der Dokumentation. Weil das wirklich aufwändiger ist. Also bei der Durchführungskontrolle bist du dort wirklich jeden Punkt abgehackt hast, angeklickt hast, verbrauchst du mehr Zeit als was jetzt, wie sie es jetzt unterschreiben“ (15, 56).*

Insbesondere die Belastung der doppelten Eingaben in den PC und in die schriftliche Pflegedokumentation, die zu Beginn der Einführung des Programms erwartet werden, wird von den Mitarbeitern hoch eingeschätzt. Dennoch ist bei den meisten Pflegekräften eine positive Einstellung zu bemerken, die sich auf die zukünftige erleichternde Handhabung der Pflegedokumentation und eine Fehlerreduzierung, z. B. vergessener Eintragungen, bezieht.

*„Ja ich kenne es auch zum Teil von einem anderen Haus, wo ich gelernt habe, da gab es das schon, das war das gleiche Programm, das war aber auch noch nicht vollständig eingeführt und da war es auch so doppelt geführt und da fand ich halt, das war ein großer Aufwand, wenn man das so doppelt führt“ (22, 107).*

*„Also ich denke mal wenn sich das alles so einspielt und es trifft sich alles da und nur noch Computer und vielleicht nur noch ein bisschen was schriftlich gemacht wird [...] dann denke ich mir schon das man bloß noch anklickt, sein Häkchen macht und das es schneller geht. Ich weiß es nicht, aber ich bilde es mir ein, dass es schneller geht [...] also ich würde*

*es schon denken, wenn es dann richtig läuft wie es laufen soll ist das dann toll. Jetzt im Moment ist das alles doppelt das ist klar, aber das ist nun mal so in einer Einführungsphase.“ (21, 50, 76).*

#### **Organisatorische Veränderungen: Zeitverlust für die Pflege und Betreuung**

Aufgrund der anfänglichen zeitlichen Aufwendungen für die Dateneingaben und einer doppelt geführte Pflegedokumentation gehen die Befürchtungen der Mitarbeiter auch dahin, dass Zeit für den Bewohner verloren geht. Dies wird aber nicht von allen Mitarbeitern so gesehen, da die aufwändige Dateneingabe und das Einarbeiten in das Programm in der Freizeit der Mitarbeiter vorgenommen werden. Demzufolge kann nicht unbedingt von Zeitverlust für die Bewohner ausgegangen werden. Allerdings könnte sich diese zusätzliche Beschäftigung mit dem Dokumentationsprogramm in der Freizeit eher belastend und überfordernd auf die Mitarbeiter auswirken. Dies wird in einem der nachfolgenden Punkte näher erläutert.

*„Wir werden mehr Zeit verbringen hier, befürchte ich am Computer statt am Patienten, also dem Heimbewohner. Die Zeit, ich habe das komische Gefühl das uns dort Zeit verloren geht für die Leute. Dass dann einiges auf der Strecke vielleicht bleibt. Ich will es nicht hoffen, denn das wäre wirklich ganz negativ.“ (16, 65).*

*„Also wir hatten jetzt die erste Schulung, wo wir in das Programm eingewiesen wurden sind, wir haben jetzt einen Ablauf, was wir bis zu einem bestimmten Zeitraum jetzt eingeben müssen. [...] Das ist nach Feierabend. Also das kann man dienstlich nicht machen.“ (23, 104, 110).*

#### **Individuelle, psychische Veränderungen: Ängste, Druck und Belastung**

Mit der Einführung der elektronischen Pflegedokumentation können psychische Veränderungen bei den Mitarbeitern vermutet werden. Es ist davon auszugehen, dass mit dem Druck und der doppelten Belastung sowie der Arbeit in der Freizeit Ängste verbunden sind, überhaupt an einem PC zu arbeiten, die sich in einer Überbelastung bei den Mitarbeitern äußern könnten. Trotz der „Nötigung“ der Mitarbeiter, sich mit dem Programm auseinanderzusetzen und an den Schulungen teilzunehmen, ist bei den Mitarbeitern eher eine Akzeptanz erkennbar. Diese könnte aber auch draus resultieren, dass die Mitarbeiter Sanktionen befürchten.

*„Konkret wird im Moment eine Computerdokumentation eingeführt, in deren Zusammenhang die Mitarbeiter im Computerprogramm geschult werden und das auch in der Folge innerhalb des nächsten Jahres massiv nutzen werden. Das ist sicher eine große Neuerung die die Mitarbeiter sehr beansprucht und beschäftigt zeitlich und auch psychisch. [...] Das mit der Arbeit am Computer für jemand der nie am Computer gearbeitet hat, auch einfach Ängste verbunden sind. Und der Druck und die Belastung, weil er gewohnte Dokumentationsformen verlassen muss und sich an völlig neue Dinge gewöhnen muss und die erlernen muss, die er bisher nicht beherrschen musste. Und dazu wird er einfach genötigt. Mehr oder weniger!“ (2, 90-92).*

„Erstens ist man auch noch ängstlich, was verkehrt zu machen, eh man das Programm mal beherrscht, also ich würde schon sagen da raucht der Kopf schon“ (10, 87).

„Als ich arbeitslos geworden bin, da hatte ich für drei Monate hier für Bürokommunikation und da habe ich mit Computer umgehen gelernt und das ist schon ein Vorteil, das man weiß, wo man hindrücken muss und wo was liegt und so das ist schon, als wenn da einer so vor den Computer gesetzt wird, die das noch nie gemacht haben, denen qualmt natürlich der Kopf.“ (9, 52).

### **Team-Veränderungen: Geschlossenheit, Bereitschaft der Mitarbeiter**

Durch die Einführung der Pflegedokumentation sind Veränderungen in der Zusammenarbeit der Teams und im Zusammenhalt der Mitarbeiter zu bemerken. Dieser Zusammenhalt resultiert möglicherweise aus der Angst der Mitarbeiter vor der Arbeit am PC, die sie miteinander verbindet. Demnach könnte angenommen werden, dass entdeckte Gemeinsamkeiten, wie kollektive Angst, Beziehungen und Teamarbeit in Veränderungsprozessen fördern.

„Das ist ein anderes so ein gemeinsames Überwinden, ja einer Angst. Also ich denke schon das ist so ein Team. Beide Wohnbereiche sind richtige Teams die wirklich miteinander Freud und Leid oder wirklich durch diese Situation gehen, das hätte ich nicht erwartet so mit dieser Geschlossenheit, das kann ich jetzt nicht sagen, die tragen sich gegenseitig“ (15, 80).

Der Zusammenhalt, gemeinsam an der Schulung zur Einführung der elektronischen Pflegedokumentation teilzunehmen und die Bereitschaft der Mitarbeiter zusammenzuarbeiten oder die Angebote für die Unterstützung zur Einarbeitung in das Programm anzunehmen, kann auch als Veränderung im Zusammenhang mit der Einführung dieses Projektes gesehen werden.

„Die Schulung fing um neun an, da haben Mitarbeiter freiwillig also in ihrer Freizeit gesagt wir kommen eher, damit wir wirklich noch eine Tasse Kaffee trinken können, dann runter gehen gemeinsam. Das fand ich als sehr, sehr angenehm muss ich sagen. Dieses Mitziehen. Ich meine, die hätten ja auch pünktlich um neun kommen können. Und wir hätten sehen können, wir waren ja erst noch in der Pflege zwei Mitarbeiter, wie wir fertig werden, da kommt man ja richtig abgehetzt an. Das empfand ich als sehr, sehr angenehm!“ (3, 27).

„Wir haben auch vom Haus angeboten, wir haben immer jeden Mittwoch die Computer in der Ergo zur Verfügung gestellt, da konnten sie üben. Das war eigentlich von uns noch mal so ein Angebot, wer wirklich unsicher ist oder wirklich Angst hat. Das wurde auch richtig genutzt.“ (15, 32).

Im weiteren Verlauf der Einführung und des Abschlusses dieses Projektes sind sicherlich noch weitere strukturelle und organisatorische aber auch individuelle Veränderungen zu erwarten. Da aber der Veränderungsprozess dieses Projektes nicht vollständig begleitet wird, können nur die dargestellten eingetretenen Veränderungen vor dem Hintergrund der Kompetenzentwicklung in der Arbeit berücksichtigt werden.

### 7.2.3 Zusammenfassung

Entsprechend dem in Kapitel 6.4.1ff. erläuterten Begriffsverständnis von organisationalem und individuellem Lernen verändert und entwickelt sich eine Organisation durch individuelles Lernen der Mitglieder im organisationalen und strukturellen Kontext. Durch das individuelle Lernen der Mitglieder, die neues Wissen erwerben, ihr Wissen umgestalten und strukturieren und somit neue Denkmuster, Handlungs- und Verhaltensweisen entwickeln, verändern sie die Arbeitsorganisation und die Strukturen der Organisation.

Zusammenfassend lassen sich im Rahmen der dargestellten Projekte der Qualitätsentwicklung sowohl organisatorische und strukturelle Veränderungen der Arbeitsorganisation als auch individuelle Veränderungen (Kompetenzgewinn und Kompetenzverluste) bei den Mitarbeitern erkennen.

Die organisatorischen und strukturellen Veränderungen der Einrichtung, die durch den Apothekenwechsel und die Einführung der elektronischen Pflegedokumentation veranlasst werden (Arbeitserleichterung, Fehlerreduktion und Veränderung im Zeitmanagement), initiieren eine individuelle Kompetenzerweiterung der Mitarbeiter, die ihr Zeitmanagement verändern, um Zeitpuffer einzuplanen und Zeitverluste für die Bewohner zu kompensieren. Durch dieses individuelle Lernen wiederum werden die Arbeitsorganisation und die Strukturen weiterentwickelt.

Allerdings bringt die Qualitätsentwicklung auch Kompetenzverluste im Bereich von Fachwissen mit sich. Dieser Verlust von Informationen und Wissen über Medikamente, die der Bewohner bekommt, wird von den Mitarbeitern durch Kommunikation kompensiert. Die Mitarbeiter überzeugen und motivieren die Bewohner, das entsprechende Medikament einzunehmen. Weiterhin ist das individuelle Lernen im Zusammenhang mit Ängsten, Druck und Belastung auch durch eine Entwicklung personaler Kompetenzen gekennzeichnet. In Anbetracht der ermittelten Team-Veränderungen, wie Geschlossenheit, Bereitschaft der Mitarbeiter und Zusammenarbeit, kann angenommen werden, dass die entdeckten Gemeinsamkeiten zur Entwicklung von sozial-kommunikativen Kompetenzen führen.

Auf die in Kapitel 7 dargestellte Qualitätsentwicklung und die durchgeführten Projekte wird im späteren Verlauf der Arbeit, im Zusammenhang mit den Ergebnissen der empirischen Untersuchung zur Entwicklung und Erweiterung der Kompetenzen von Mitarbeitern in einer Altenpflegereinrichtung, nochmals Bezug genommen (vgl. Kapitel 9 und 10).

Im Anschluss an die theoretische Perspektive der Qualitätsentwicklung, des Organisationslernens (unter besonderer Betrachtung des Bedeutungszusammenhangs von selbstgesteuerten Lernen und der Qualitätsentwicklung), der Ausführungen zum Kompetenzbegriff und der Festlegung auf eine allgemeine Definition für diese Arbeit, wird im folgenden zweiten Teil der Arbeit der empirischen Zugang zum Untersuchungsbereich vorgestellt: Eine Untersuchung zu den Lernanforderungen, die an Pflegekräfte im Rahmen täglicher Handlungen in Situationen des Arbeits- und Beziehungsalltags gestellt werden, und davon ausgehend die Untersuchung individueller Kompetenzentwicklung von Mitarbeitern im Zusammenhang mit dem Prozess der Qualitätsentwicklung.

## 8 Die Entwicklung und Erweiterung von Kompetenzen bei Mitarbeitern der Altenpflege im Qualitätsentwicklungsprozess

### 8.1 Methodisches Design der Untersuchung

Im Anschluss an die theoretischen Vorbetrachtungen zur Einführung eines Qualitätsmanagement in eine Altenpflegeeinrichtung im Kontext organisationaler Veränderungen und Entwicklungen, der Darstellungen zu den Aspekten der Mitarbeiterentwicklung sowie der Organisationsentwicklung und der Qualitätsentwicklung, wird die empirische Untersuchung zu den Kompetenzen der Mitarbeiter in einem exemplarischen Altenpflegeheim vorgestellt.

#### 8.1.1 Untersuchungsziele und Forschungsfrage

Wird ein Qualitätsmanagement in eine Altenpflegeeinrichtung eingeführt, so sind damit immer Ziele, Entwicklungen und Veränderungen verbunden. Dabei zielt eine ideelle Vorstellung von Qualität in der Arbeit mit älteren Menschen auf eine bewohnergerechte, menschenwürdige und individuelle Versorgung und Betreuung und Pflege alter Menschen. Das schließt die Qualität der Wohnumgebung (Lebensqualität) ebenso ein wie die Pflegequalität, die Beziehungsarbeit und Beziehungsqualität in der Betreuung und Pflege alter Menschen.

In der Praxis stehen organisatorische und strukturelle Veränderungen der Arbeitsabläufe im Vordergrund der Qualitätsentwicklung im Altenpflegeheim, beispielsweise veränderte Abläufe beim Vertragsabschluss zwischen Heim und Bewohner, beim Bestellen von Medikamenten und Pflegemitteln in der Apotheke oder in der Pflege von Bewohnern. Ein erklärtes Ziel der Qualitätsentwicklung im Pflegebereich stellt z. B. die Verbesserung der Pflege- und Beziehungsqualität dar. Dieses Ziel erfordert Veränderungen der Strukturen und der Organisation des Pflegeprozesses sowie eine Entwicklung individueller Kompetenzen der Mitarbeiter, um eine Beziehungsgestaltung mit dem Bewohner einzugehen.

Die Implementierung eines Qualitätsmanagement geschieht dabei oftmals ohne die Berücksichtigung der damit verbundenen Lernsituation für den Mitarbeiter. Durch das Qualitätsmanagement werden jedoch neue Situationen im Arbeitsalltag definiert, die vom Mitarbeiter erfüllt oder geschaffen werden sollen. Diese Veränderungen bzw. Ziele stellen besondere Anforderungen an die Tätigkeitsabläufe, an die individuellen Fähigkeiten und Kompetenzen der Mitarbeiter: Inwieweit müssen die Mitarbeiter im und durch das Qualitätsmanagement fähiger sein, um ihren Alltag zu bewältigen?

Die Studie soll Lernen durch Erweiterung und Entwicklung von Kompetenzen im Kontext der Qualitätsentwicklung untersuchen. Dabei soll geklärt werden, wie die Mitarbeiter die Alltagsanforderungen und Maßnahmen zur Veränderung von Abläufen und Handlungen in



der Betreuung und Pflege von Bewohnern realisieren und umsetzen, um so Informationen zur Bewältigung von Critical Incidents im Arbeitsalltag und im Zusammenhang mit dem Qualitätsmanagement zu erhalten. Daraus lassen sich Fähigkeiten und Kompetenzen der Mitarbeiter ableiten, die sich aufgrund von Lernprozessen verändern können.

Auf Basis dieser Vorbetrachtungen sollen im Verlauf der empirischen Untersuchung Antworten auf die folgenden Forschungs- und Untersuchungsfragen gefunden werden:

„Welche Lernanforderungen ergeben sich für die Mitarbeiter in Einrichtungen der Altenpflege während des Prozesses der Qualitätsentwicklung hinsichtlich der Entwicklung und Erweiterung individueller Kompetenzen?“

Die Beantwortung der Forschungsfrage soll mit Hilfe von Befragungen, Beobachtungen und Aufzeichnungen aus der Begleitung des Qualitätsentwicklungsprozesses erfolgen. Dafür ist es erforderlich, im Rahmen der Studie folgende Untersuchungsfragen zu klären:

Im Zentrum der ersten Erhebungsphase  $T_1$  steht die Beantwortung der Untersuchungsfrage 1:

1. „Über welche Kompetenzen verfügen die Mitarbeiter zu Beginn der Einführung eines Qualitätsmanagements?“

In der zweiten Erhebungsphase  $T_2$  soll Untersuchungsfrage 2 beantwortet werden:

2. „Welche Kompetenzen werden im Zusammenhang mit dem Prozess der Qualitätsentwicklung entwickelt und erweitert?“

Ziel der Untersuchung ist es, aus den Ergebnissen Lernanforderungen und Lernbereiche für die Mitarbeiter abzuleiten und angemessene Unterstützungsformen für das Lernen und die Entwicklung von Kompetenzen im Rahmen des Einführungsprozesses eines Qualitätsmanagements und der Qualitätsentwicklung zu konstruieren.

### 8.1.2 Konzeption der Erhebungsphasen $T_1$ und $T_2$

Im Rahmen eines qualitativen Forschungsdesigns, das eine begleitende Fallstudie einschließt, soll die Qualitätsentwicklung vor dem Hintergrund der Kompetenzen und Lernanforderungen, die sich daraus ergeben, auf Basis des EFQM-Modells für die stationäre Altenhilfe in einer Altenpflegeeinrichtung prozessbegleitend untersucht werden.

Zur Erhebung von Veränderungen in Situationen und organisationalen Strukturen ist die Studie derart angelegt, dass Daten in zwei zeitlich abgegrenzten Erhebungsphasen zu den Zeitpunkten  $T_1$  und  $T_2$  erhoben werden. Aus den Daten der Untersuchungen der Erhebungsphase  $T_1$  sollen Angaben über die Kompetenzen abgeleitet werden, über die die Mitarbeiter einer Altenpflegeeinrichtung zu Beginn der Einführung eines Qualitätsmanagement verfügen. Diese Daten werden mit den Ergebnissen weiterer Untersuchungen zu einem späteren Zeitraum (in der Erhebungsphase  $T_2$ ) verglichen, um so Veränderungen, d. h. Entwicklungen und Erweiterungen von Kompetenzen der Mitarbeiter, festzustellen, deren Gründe und Ursachen in der Qualitätsentwicklung angenommen werden können.

Diese Ergebnisse sollen durch die Begleitung des Qualitätsentwicklungsprozesses und die in diesem Kontext entstehenden Daten und Aufzeichnungen im Forschungstagebuch, hinsichtlich einer Objektivierung des Verständnisses und eines „hermeneutischen Zirkels“ gestützt werden.<sup>58</sup>

In der folgenden Tabelle 8-1 wird die Planung der Untersuchung in einer Übersicht dargestellt.

Erhebungsmethode/ Instrument	Zeitraum	Stichprobe <sup>59</sup>	Inhalte
<b>Erhebungsphase T<sub>1</sub>: Zeitraum Juli 2005 bis November 2005</b>			
1. Erhebung: Interview (fragestellungsgeleitet, problemzentriert)	Juli bis August 2005	Leitungskräfte, Pflegerkräfte, Bewohner	- Critical Incidents: positive und negative Ereignisse in der Pflege
2. Erhebung: teilneh- mende Beobachtung	November 2005 (7 Tage)	Pflegerkräfte im Frühdienst in den Wohnbereichen 1 und 2	- Organisationsstrukturen - Arbeitsabläufe - Verhalten der Mitarbeiter in den Critical Incidents
<b>Erhebungsphase T<sub>2</sub>: Zeitraum April 2006 bis Juni 2006</b>			
3. Erhebung: Interview (fragestellungsgeleitet, problemzentriert)	April -Mai 2006	Leitungskräfte, Pflegerkräfte, Bewohner	- Critical Incidents: positive und negative Ereignisse in der Pflege
4. Erhebung: teilneh- mende Beobachtung <sup>60</sup> (geplant)	August 2006 (7 Tage)	Pflegerkräfte im Frühdienst in den Wohnbereichen 1 und 2	- Änderungen in den Organisati- onsstrukturen - Änderungen in den Arbeitsab- läufen - Veränderungen des Verhaltens der Mitarbeiter in den Critical Incidents
Begleitende Datenerhebung, Aufzeichnungen im Forschungstagebuch, Zeitraum Juni 2005 bis Juni 2006:			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Protokolle und Gesprächsnotizen der Qualitätszirkel</li> <li>- Protokolle, Notizen offizieller Gespräche mit der Heim- und Pflegedienstleitung</li> <li>- Prozess der Qualitätsentwicklung</li> <li>- durchgeführte Qualitätsprojekte</li> </ul>			

Tabelle 8-1: Planung der Studie

## 8.2 Forschungsdesign der empirisch-qualitativen Untersuchung

Bei der vorliegenden empirischen Untersuchung handelt es sich um eine qualitative Forschungsarbeit, die im Rahmen einer Einzelfallstudie durchgeführt wird. Die qualitative Forschung geht davon aus, dass durch Interaktion und Kommunikation mit dem Untersuchungsobjekt eine Generierung von Wirklichkeit erreicht werden kann. Auf den Untersuchungskontext der Arbeit bezogen, begibt sich der Forscher in das Untersuchungsfeld

<sup>58</sup> Die Daten im Forschungstagebuch beziehen sich auf protokollierte Aufzeichnungen der Qualitätszirkelsitzungen sowie auf Notizen von Gesprächen mit der PDL und Heimleitung (vgl. Anlage 8 und 9).

<sup>59</sup> Eine ausführliche Stichprobenezusammenstellung wird in Kapitel 8.2.3.4 vorgestellt.

<sup>60</sup> Diese 4. Datenerhebung war zum Zeitpunkt der Planung der Studie vorgesehen, wurde jedoch nicht durchgeführt. Die Gründe dafür werden in Kapitel 8.4 Methodische Reflexion und Prozessreflexion angeführt.

Altenpflegeheim, um am Wissen der Pflegekräfte und ihren Verhaltensweisen in pflegerischen Situationen teilzuhaben und um Kenntnisse von den Anforderungen und der Umsetzung der Arbeitssituationen sowie den Abläufen und Strukturen im Altenpflegeheim zu erhalten. Vor diesem Hintergrund wird ein qualitatives Forschungsdesign gewählt, um Erkenntnisse, Thesen und Theorien zu entwickeln, die zur Beantwortung der Forschungsfrage verhelfen. Dabei ist der qualitative Ansatz weitestgehend durch eine induktive Theorieentwicklung gekennzeichnet, indem Hypothesen und Theorien durch eine subjektive und perspektivische Erklärung und Beschreibung eines Sachverhaltes oder Ereignisses nach und nach aus dem Datenmaterial entwickelt werden und für den Zeitraum der Studie und den Untersuchungsgegenstand als valide gelten (vgl. MORSE/FIELD 1998, S. 10).

Generell kann die Eignung dieses Forschungsdesigns für den Untersuchungszusammenhang mit den Merkmalen der qualitativen Forschung begründet werden. Demzufolge kann sie nach KELLE (1997) zu überraschenden neuen Einsichten führen, indem sie auf neue ungeklärte Phänomene hinweist oder gestattet, bekannte Sachverhalte unter einem neuen Begriff zusammenzufassen. Weiterhin erlaubt die qualitative Forschung die Konstruktion deskriptiver Systeme und systematischer Typologien und kann erste Anhaltspunkte für bestehende statistische Zusammenhänge zwischen relevanten soziologischen Sachverhalten liefern (vgl. ebd., S. 41).

Grundsätzlich ist die qualitative Forschung auf die Beschreibung von Phänomenen ausgerichtet, die durch eine systematische Datensammlung zu einem ganzheitlichen Bild über das Phänomen und zu einer fundierten Theorie verhelfen (vgl. MORSE/FIELD 1998, S. 2). Dabei tendieren qualitative Forscher dazu „*einen theoretischen Bezugsrahmen zu konstruieren, den sie dann für ihre Deduktion benutzen*“, um eine Theorie zu entwickeln (MORSE/FIELD 1998, S. 2).

Der qualitative Ansatz in der Pflegeforschung<sup>61</sup> ermöglicht einen tieferen Einblick und ein umfassendes Verständnis über menschliche Verhaltensweisen, die in diesem Zusammenhang durch die Methoden Interview und Beobachtung zwar subjektive, aber facettenreiche Wahrnehmungen des Kontextes, in dem die untersuchten Personen leben und agieren, zulassen. Weiterhin erlaubt die qualitative Pflegeforschung, neue Theorien und Konzepte auf Basis induktiver Datenanalysen zu entwickeln, die ausgehend von der Untersuchung praktischer Pflegeprozesse in die Pflegepraxis zurückgeführt werden können.

Dabei stützt sich die qualitative Forschung auf einen induktiven Datenerhebungsprozess, der subjektiv erlebte Erfahrungen von bestimmten Personen untersuchen soll (vgl. NOTTER/HOTT 1997, S. 45). Auch in der Pflegeforschung wird hierbei von einer allgemei-

---

61 Die Pflegeforschung, auch als klinische Forschung begriffen, befasst sich mit der systematischen Untersuchung der Pflegepraxis und den Auswirkungen der praktischen Pflege auf die Bewohner und Patienten, auf die Beziehung zwischen Patienten/Bewohnern und Pflegepersonal sowie auch auf die Gesundheit der Bevölkerung (vgl. NOTTER/HOTT 1997, S. 35). Verbreitet ist auch die Begrifflichkeit der qualitativen Gesundheitsforschung, die Fragen zu den Themenfeldern Gesundheit und Krankheit untersucht und der u. a. gesundheits- sowie pflegewissenschaftliche Forschungen zugeordnet werden (vgl. SCHAEFFER/MÜLLER-MUNDT 2002, S. 13).

nen Forschungsfrage bzw. Hypothese ausgegangen, die durch die qualitative Forschung – und auf diese Weise durch eine umfassende Sicht auf die Erfahrungen der fokussierten Person(en) – ohne Voreingenommenheit und Eingrenzung systematisiert und erörtert werden soll (vgl. NOTTER/HOTT 1997, S. 45).

Für den Untersuchungsgegenstand „Entwicklung und Erweiterung von Kompetenzen der Mitarbeiter im Rahmen der Qualitätsentwicklung“ ermöglicht die qualitative Forschungsmethodik die Untersuchung von situationsspezifischen Verhaltensweisen im Sinne von Selbsteinschätzungen durch die Mitarbeiter und anhand von Fremdeinschätzungen durch die Bewohner, um ein ganzheitliches unvoreingenommenes Verständnis über die Anforderungen und Bewältigung der pflegerischen Tätigkeiten zu erhalten und auf dieser Grundlage Thesen für die notwendigen Lernanforderungen und Unterstützungsformen des Lernens zu entwickeln. Diese für die vorliegende Studie aufgeführte gegestandsadäquate Verwendung des qualitativen Forschungsansatzes findet sich auch in den Einsatzbereichen der qualitativen Pflegeforschung wieder, die insbesondere *„anwendungsorientiert bzw. auf die Lösung von Praxisproblemen ausgerichtet“* ist (SCHAEFFER/MÜLLER-MUNDT 2002, S. 23).

Das qualitative Forschungsdesign soll (vor dem Hintergrund der Fragestellung) dazu verhelfen, *„Typizitäten und Mechanismen“* der handelnden Subjekte in der pflegerischen Praxis zu beleuchten und nicht im Gegensatz zu einem quantitativen Forschungsdesign, *„Repräsentativität, allgemeine Muster oder Modelle“* herauszuarbeiten (VON KARDORFF in FLICK ET AL. 1995, S. 4).

Die mögliche Kritik an qualitativen Forschungsprojekten (die Stichproben sind zu klein für zuverlässige Verallgemeinerungen und die Methoden führen nicht zu zuverlässigen Resultaten, weil sie einen zu großen Spielraum für subjektive Deutungen zulassen und eine gültige Prüfung der Ergebnisse nicht ermöglichen (vgl. KELLE 1997, S. 35f.)) wird durch verschiedene Methoden, z. B. durch die Verbindung mehrerer Erhebungsmethoden (Triangulation) aufgenommen (vgl. DENZIN 1978 in MAYRING 1990, S. 106).<sup>62</sup> In diesem Kontext können durch die Methodenvielfalt verschiedene Lösungswege für die Fragestellung erarbeitet werden, um dann beispielsweise durch einen Vergleich der Ergebnisse die Stärken und Schwächen der Methoden aufzuzeigen (vgl. KÖCKEIS-STANGL 1980 in MAYRING 1990, S. 106). Es ist zudem möglich, vielfältige Informationen oder überraschende Erkenntnisse durch den Einsatz einer weiteren Methode zu ermitteln, aber auch Artefakte/Biases zu vermeiden, die durch die Befragung entstanden sind und durch eine Beobachtung entdeckt oder korrigiert werden (vgl. LAMNEK 1995, S. 25).

Nachfolgend wird der Forschungsansatz Fallstudie vorgestellt, in dessen Rahmen die Untersuchung des Lernens und der Kompetenzentwicklung von Altenpflegekräften erfolgt.

---

62 Die Triangulation als Validierungsstrategie wurde von DENZIN (1978, 1989) erörtert und unterscheidet vier Triangulationsformen: Daten-, Forscher-, Theorien- und Methodentriangulation. Letztere kann innerhalb einer Methode und zwischen verschiedenen Methoden angewendet werden (vgl. FLICK ET AL. 1995, S. 432; FLICK in SCHAEFFER/MÜLLER-MUNDT 2002, S. 398f.).

### 8.2.1 Approach: Fallstudie

Die Fallstudie<sup>63</sup> bezeichnet einen Forschungsansatz eines theoretischen und interpretativen Paradigmas und der qualitativen Forschung (vgl. LAMNEK 1995, S. 5).

Grundsätzlich sind Fallstudien dadurch charakterisiert, dass sie den explorativen Untersuchungen zugeordnet werden können, die die Entwicklung neuer Hypothesen in einem verhältnismäßig unerforschten Untersuchungsbereich gestatten. Dies wird durch entsprechende qualitative Erhebungs- und Analysemethoden, wie beispielsweise narrative Interviews, teilnehmende Beobachtung, Gruppendiskussion, Feldbeobachtung und qualitative Inhaltsanalyse, unterstützt (vgl. LAMNEK 1995, S. 7; BORTZ/DÖRING 1995, S. 50f.).

Durch den Einsatz verschiedener Methoden (Methodentriangulation) soll die qualitative Fallstudie ein ganzheitliches und damit realistisches Bild über die untersuchten Subjekte oder Objekte unter Einbezug vielfältiger Variablen des Untersuchungskontextes ermöglichen (vgl. LAMNEK 1995, S. 5). Dabei werden zu Untersuchungssubjekten bzw. -objekten in Fallstudien nicht nur einzelne Personen, sondern auch „eine soziale Gruppe, Familie, Kultur“ sowie auch Institutionen, Organisationen und ihre Strukturen oder Handlungsmuster (WITZEL 1982, S. 79 ebd.). Daneben sollten die Untersuchungssubjekte bzw. -objekte typische Fälle der Wirklichkeit bzw. besonders aussagefähige Beispiele der Gesellschaft darstellen.

Der Forschungsansatz der Fallstudie ermöglicht es, anhand der Kommunikation mit den Probanden typische Handlungsmuster durch spezifische Interpretationen nachzuvollziehen (vgl. LAMNEK 1995, S. 17). Bezogen auf den Untersuchungsgegenstand sollen typische Handlungsmuster pflegender und betreuender Personen in alltäglichen pflegerischen Situationen herausgearbeitet werden. Die erhobenen Daten werden verallgemeinerungsfähig aufbereitet und anhand von Hypothesen gestützt (vgl. KELLE 1997, S. 119). Eine induktiv verallgemeinerte Hypothese kennzeichnet, dass sie auf der Grundlage ihres empirischen Datenmaterials auf rationalen Gründen beruhend, als optimale Schätzung betrachtet werden kann (vgl. KELLE 1997, S. 126). Dies gestattet es, die neu entwickelten Hypothesen als verallgemeinerte Aussagen – auf den Einzelfall bezogen – zu fundieren, was sich auf der Annahme begründet, dass ein Einzelfall allgemeine Aspekte der Wirklichkeit verdichtet.

Die Fallstudie als Approach wird, nach Angaben LAMNEKS (1995), insbesondere den qualitativen methodologischen Prinzipien „Offenheit, Kommunikativität, Naturalistizität und Interpretativität“ gerecht (ebd., S. 17ff.). Die Offenheit oder Unvoreingenommenheit bezieht sich auf die Entwicklung von Hypothesen und theoretischen Konzepten sowie auf die Interpretation. Dabei dürfen vorhandenes Hintergrundwissen und Vermutungen über die Wirklichkeit und Hypothesen nur eine untergeordnete Rolle spielen, da gesicherte Erkenntnisse über den Einzelfall erst in der intensiven Analyse, Interpretation und

---

63 Dieser Begriff wird synonym zu den Begriffen Einzelfallstudie oder (Einzel-)Fallanalyse verwendet und stellt einen Forschungsansatz dar, der eine „Untersuchungsform“ oder eine „vielschichtige methodische Vorgehensweise“ bezeichnet (FUCHS ET AL. 1978, S. 181; HARTFIELD 1982, S. 160).

Deutung dessen getroffen werden können. Diese Anforderung wird in der vorliegenden Studie insofern eingeschränkt, da die Autorin ein gewisses „Vorwissen“ bzw. ein Vorverständnis in die Untersuchung einbringt, das sich durch die Fragestellung und die Untersuchungsfragen ergibt sowie durch die inhaltliche Auseinandersetzung mit den Themenbereichen Qualität, Qualitätsmanagement, Qualitätsentwicklung, Lernen und Kompetenzentwicklung, in deren Kontext die Untersuchung eingebettet ist.

Die Untersuchung eines Altenpflegeheims im Rahmen einer Fallstudie erlaubt es, mit wenigen Probanden auszukommen, diese aber intensiver zu untersuchen und dadurch ausgedehnte und vielfältige Ergebnisse zu bekommen (vgl. LAMNEK 1995, S. 6). In der qualitativen Forschung ist die Zahl der Probanden im Unterschied zur quantitativen Forschung notwendigerweise geringer, da sich der Untersuchungsprozess, die Datensammlung und die Datenanalyse sehr zeitaufwendig gestalten (vgl. MORSE/FIELD 1998, S. 10). Die Erforschung von Personen in einer Organisation der Altenpflege kann die Erkenntnisse über bestimmte Annahmen der Praxis in der Altenpflege erweitern. Demnach können individuelle Personen und Organisationen untersucht werden, um deren Erfahrungen zu beleuchten und zu verstehen.

Die Fallstudie erweist sich als geeigneter Forschungsansatz, da aus der pflegerischen Praxis eines exemplarischen Altenpflegeheims und den im Vordergrund stehenden Erfahrungsberichten der Mitarbeiter (in Form von Situationsbeschreibungen ihrer täglichen Arbeit) Hypothesen bzw. Theorien entwickelt werden sollen, die dann wiederum in die Praxis einfließen können. Demnach ermöglicht dieser Forschungsansatz dem Forscher, sich mit der realen Situation im Pflegeheim auseinanderzusetzen und spezifische Ereignisse zu beschreiben, um ein umfassendes Verständnis für die komplexen Strukturen, Situationen und Ereignisse im Altenpflegeheim zu fördern.

Auf diesen theoretischen Grundlagen werden für die folgende Untersuchung die qualitativen Forschungsmethoden: fragestellungsgeleitetes, problemzentriertes Interview unter Verwendung von Elementen der Critical Incident Technique (vgl. Abschnitt 8.2.2.2) und teilnehmende Beobachtung eingesetzt.

### 8.2.2 Forschungsmethoden

Die Auswahl der Forschungsmethoden problemzentriertes Interview und teilnehmende Beobachtung begründet sich auf der Annahme, dass diese als adäquate Erhebungsmethoden im Rahmen des qualitativen Paradigmas und des Approachs Fallstudie gelten (vgl. LAMNEK 1995, S. 35).

Für die Untersuchung der Forschungsfrage, „Welche Lernanforderungen ergeben sich für die Mitarbeiter in Einrichtungen der Altenpflege während des Prozesses der Qualitätsentwicklung hinsichtlich der Entwicklung und Erweiterung individueller Kompetenzen?“, können diese Methoden als geeignet betrachtet werden, da sie es ermöglichen, das soziale Feld Altenpflegeheim und den Prozess der Qualitätsentwicklung durch Beobachtung und Befragung der in ihm wirkenden Personen realistisch und unter Anwesenheit des Forschers zu untersuchen. Dabei gewähren insbesondere die Interviews eine Aufdeckung der „Gefühle, Wahrnehmungen und Gedanken“ von Pflegekräften zu den Thematiken Kompetenzentwicklung und Qualitätsentwicklung (HOLLOWAY/WHEELER 1998, S. 66).

Anhand der teilnehmenden Beobachtung ist es dem Forscher möglich, alltägliche Verhaltensweisen und Handlungszusammenhänge der Mitarbeiter im Altenpflegeheim unmittelbar und unverfälscht zu erheben. Demnach werden die Daten nicht künstlich geschaffen, sondern die Pflegekräfte werden im Kontext ihres natürlichen Arbeitsumfeldes hinsichtlich ihrer vorhandenen und weiterentwickelten Kompetenzen untersucht (vgl. (HOLLOWAY/WHEELER 1998, S. 75). Nachfolgend werden die verwendeten Datenerhebungsmethoden im Hinblick auf ihre Anwendung für die vorliegende Untersuchung vorgestellt.

### 8.2.2.1 Interview

Die Verwendung von Interviews im Rahmen des Forschungsansatzes Fallstudie bildet die zentrale Datenbasis. Es werden fragestellungsgeleitete, problemzentrierte Interviews auf Basis eines Interviewleitfadens, ausschließlich mit offenen Fragen, durchgeführt. Für die vorliegende Arbeit werden Interviewleitfäden<sup>64</sup> konstruiert, die Elemente der Critical Incident Technique, die im folgenden Abschnitt näher charakterisiert wird, verwenden.

Eine Form der teilstandardisierten Interviews stellt das problemzentrierte Interview dar, dass dem Interviewer eine Orientierung am Leitfaden und dem Befragten eine weitgehend freie Artikulation im Sinne einer freien Erzählung einräumt (vgl. FLICK ET AL. 1995, S. 178). Das problemzentrierte Interview erlaubt dem Forscher, die Äußerungen der Befragten in ein bereits bestehendes wissenschaftliches Konzept einfließen zu lassen und dieses somit zu modifizieren oder abzulösen. Dabei untersucht der Forscher den Forschungsbereich vor dem Hintergrund eines theoretisch-wissenschaftlichen Vorverständnisses, das er dem Befragten jedoch nicht zu erkennen gibt. Der Interviewer ist nicht voreingenommen und erhebt die Daten objektiv (vgl. LAMNEK 1995, S. 75).

Im Unterschied zu standardisierten Interviews ermöglicht diese Erhebungsmethode eine freie Artikulation der Befragten, die ihre Erfahrungen und Standpunkte ohne Vorgabe von Antwortkategorien äußern (vgl. FLICK ET AL. 1995, S. 177). Nachfragen der Probanden können vom Interviewer aufgegriffen und erläutert werden und Gesprächsinhalte, die vom Befragten unabhängig von den Leitfragen eingebracht werden, fließen in den Untersuchungskontext ein.

Ein prinzipieller Vorteil der Datenerhebung durch Interviews ist in der Auswertung zu sehen. Diese erlaubt dem Untersucher, sich ein subjektives, aber wirklichkeitsnahes und facettenreiches Bild vom Untersuchungsbereich zu verschaffen, das durch die Textinterpretation einen symbolischen Charakter erhält. Weiterhin erweist sich als vorteilhaft, dass die Informationen im Zustand ihres Entstehens aufgezeichnet werden können, somit unverzerrt und authentisch sind und die Ergebnisse im Kontext ihrer Entstehung auch von anderen Forschern nachvollzogen werden können (vgl. LAMNEK 1995, S. 35).

Die Datenerhebung durch die Interviews erfordert die persönliche Anwesenheit des Forschers, der damit praxisnahe Schilderungen von der Arbeit der Pflegekräfte bekommt. Ferner wird in diesem Zusammenhang auch der Zugang zum Untersuchungsfeld für die

---

<sup>64</sup> Es werden jeweils drei Interviewleitfäden für die Expertenbefragung (Leitungskräfte und QMB) sowie die Mitarbeiter- und Bewohnerbefragung in den Erhebungsphasen T<sub>1</sub> und T<sub>2</sub> entwickelt.

geplante teilnehmende Beobachtung erleichtert. Vor diesem Hintergrund eignen sich halbstrukturierte, problemzentrierte Interviews, um den Alltags der Pflegekräfte sowie die Strukturen und Organisation im Pflegeheim zu untersuchen.

Weiterhin verfolgt die Untersuchung der Kompetenzen von Pflegekräften nicht das Ziel, diese im Sinne vorstrukturierter Antwortvorgaben vorzugeben und abzufragen, sondern sie im Zusammenhang der Schilderung von Tätigkeiten und Arbeitssituationen induktiv zu ermitteln. Dadurch soll es möglich werden, neue Erkenntnisse über spezifische Anforderungen, die an die Pflegekräfte gestellt werden sowie über ihre individuelle Kompetenzentwicklung (bezogen auf den pflegewissenschaftlichen Forschungsbereich) zu erhalten.

Im Hinblick auf das Erkenntnisinteresse dieser Untersuchung, das auf die Ermittlung von Anforderungen in spezifischen Pflegesituationen und deren Umsetzung anhand individueller Fähigkeiten und Kompetenzen ausgerichtet ist, eignet sich insbesondere die Critical Incident Technique (CIT), die im Folgenden mit ihren Merkmalen vorgestellt werden soll.

#### 8.2.2.2 Critical Incident Technique

Diese Methode kann den Verfahren zur qualitativen Datenerhebung zugeordnet werden. Die Critical Incident Technique (CIT), auch als Methode „kritischer Vorfälle und Ereignisse“ bezeichnet, wurde von FLANAGAN (1954) im Rahmen der Auswahl und des Trainings geeigneter amerikanischer Piloten im zweiten Weltkrieg entwickelt (vgl. FLANAGAN 1954, S. 328).

Sie diente später zunächst in den Bereichen der Dienstleistungserbringung einer Untersuchung von Kundenerwartungen und Kundenwahrnehmungen (vgl. KEMPPAINEN 2000, S. 1264). Zum heutigen Zeitpunkt bewährte sich der Einsatz der CIT in der Pflegeforschung und in der Pflegewissenschaft zur Untersuchung von Anforderungen und Kompetenzen der Pflegekräfte – auch aus der Patientensicht (vgl. REUSCHENBACH/MOHR 2005; KEMPPAINEN 2000; KEATINGE 2002; NORMAN ET AL. 1992; CARTER 1959; vgl. auch Literaturanalyse von DE SILVA 2001). Im betriebswirtschaftlichen Bereich wurde die Methode zur Untersuchung der Kundenzufriedenheit im Zusammenhang mit der Personalauswahl und -entwicklung, zur Erstellung von Anforderungsprofilen und Stellenbeschreibungen sowie in der Organisationspsychologie im Kontext der Beschreibung von arbeitsplatz- bzw. aufgabenspezifischen Verhaltensweisen angewendet (vgl. DELLER et al. 2004; GÖTZ/HÄFNER 2002; WEINERT 1998; LEISTER 2004; DÖNGES 2003; KEITH/RÖSLER 2003; BARGMANN ET AL. 2003).

FLANAGAN entwickelte diese Methode als Beobachtungsinstrument, um kritische Ereignisse und die daraus folgenden Handlungsweisen in bestimmten Situationen zu analysieren. In der Pflegeforschung wird die Datenerhebung überwiegend anhand von Interviews, oftmals in Verbindung mit teilstandardisierter Fragebögen, durchgeführt (vgl. REUSCHENBACH/MOHR 2005; KEMPPAINEN 2000; KEATINGE 2002; NORMAN ET AL. 1992).

Der Autor bezeichnet ein Ereignis (incident) als *„any observable human activity that is sufficiently complete in itself to permit inferences and predictions about the person performing the act“* (FLANAGAN 1954, S. 327). Ein kritisches Ereignis muss sich zudem in einer Situation ereignen, in der der Zweck oder die Absicht der Handlung dem Untersu-



cher ziemlich deutlich scheint und in der die Konsequenzen hinreichend definiert sind, um geringe Zweifel, die die Auswirkungen anbelangen, zu hinterlassen (FLANAGAN 1954, S. 327). KEMPPAINEN (2000) bezeichnet in ihren Ausführungen den Ausdruck "kritisch" als Verweis auf die Tatsache, dass das beschriebene Verhalten in dem Ereignis eine entscheidende Rolle zur Ermittlung des Ergebnisses spielt (KEMPPAINEN 2000, S. 1264). Anhand der CIT lassen sich demnach kritische Vorfälle, die in positiver und negativer Art beschrieben sein können, analysieren und Aussagen über die Kompetenzen und Verhaltensweisen einer Person treffen.

In der geplanten Untersuchung handelt es sich um eine teilstrukturierte Methode, da die Interviews anhand eines Leitfadens durchgeführt werden sollen, aber dennoch narrative Äußerungen zulassen. Dies wurde auch in anderen Untersuchungen als vorteilhaft beschrieben, z. B. bei KEMPPAINEN (2000): *„the face-to-face interview format is the most satisfactory data collection method for that all the necessary details are supplied“* (ebd., S. 1265) oder bei NORMAN ET AL. (1992): *„the value of the interactive interview in eliciting rich narratives from hospitalised patients“* (ebd., S. 592).

Grundsätzlich können als Vorteile der Methode folgende Aspekte beschrieben werden: Die CIT bietet Ansätze zur Lösung praktischer Probleme sowie zur Reflexion pflegerischer Praxis, indem beispielsweise spezifische Pflegetätigkeiten anhand verhaltensnaher Beschreibungen von Details geschildert werden. Neben dem Einsatz verschiedener Forschungsmethoden, um kritische Ereignisse zu erheben (z. B. Beobachtung, Interviews, schriftliche Befragung) ist ein hoher Informationsgehalt durch offene Fragen zu erwarten. Zudem lassen sich anhand der kritischen Vorfälle Aussagen über die Kompetenzen und Verhaltensweisen einer Person treffen.

Nachteile bestehen beispielsweise in der Schwierigkeit der Abgrenzung eines kritischen Ereignisses von täglichen Situationen für den Probanden. Weiterhin ist bei der Datenerhebung durch Beobachtung eine nicht ganz ausschließbare Beeinflussung durch den Beobachter einzukalkulieren. Generell ist ein hoher Auswertungsaufwand durch die qualitative Datenanalyse zu erwarten und möglicherweise auch eine mangelnde Repräsentativität der Daten.

Nach FLANAGAN (1954) umfasst die CIT fünf Schritte:

### **1. Festlegung der Hauptziele der Untersuchung**

Die Grundvoraussetzung zur Formulierung der Ziele stellen Überlegungen zu den Bedingungen bzw. Zielkriterien der Untersuchung dar. Die Beschreibung der Ziele umfasst die Formulierung erfolgreichen Verhaltens in einer besonderen Situation. Dabei enthält eine Handlungsbeschreibung genaue Angaben, die zu erfolgreichen und nicht erfolgreichen Handlungsweisen führen, um eine Tätigkeit oder ein Ereignis als erfolgreich oder wirkungsvoll zu beurteilen (vgl. FLANAGAN 1954, S. 336). Der Autor schlägt vor, den Zweck bzw. die Aufgaben einer Tätigkeit dafür zu nutzen, die Hauptziele einer Handlung festzustellen bzw. zu erfragen (vgl. ebd., S. 337). Die Hauptziele sollten von Experten aus dem Feld festgelegt werden, die in einfachen Begrifflichkeiten Ziele beschreiben, denen ein Großteil der Menschen zustimmen würde.

## 2. Planung und Beschreibung der Untersuchung

Zur Untersuchungsplanung zählt die Planung der Datenerhebung anhand kritischer Ereignisse. In Beobachtungssituationen benutzen die Untersucher die Tätigkeitsbeschreibungen zur Charakteristik des Verhaltens der Probanden. Kritische Ereignisse stellen nach FLANAGAN (1954) besondere Verhaltensweisen dar, die sich als herausragend wirkungsvoll oder unwirksam erweisen, um die Hauptziele der Tätigkeit zu erreichen (vgl. ebd., S. 338).

Für die Datenerhebung sind folgende Aspekte zu beachten (vgl. ebd., S. 338f.):

- ~ Die Beschreibung der Umgebung, die untersucht wird. Dazu gehören Informationen zum Ort, zu den Personen, den Bedingungen und Handlungen.
- ~ Welche direkten oder indirekten Handlungen führen über einen längeren Zeitraum zu signifikanten Auswirkungen auf die Hauptziele?
- ~ Das Ausmaß der Auswirkungen auf die Hauptziele, d. h. der Untersucher sollte feststellen, wie relevant das Ereignis auf die Ziele wirkt. Ein Ereignis ist kritisch, wenn es einen bedeutsamen Beitrag, ob positiv oder negativ, zur Zielerreichung der Handlung beisteuert.
- ~ Die Auswahl und das Training der Personen, die die Untersuchung durchführen. Die Personen sollten Kenntnisse über die Handlungen, eine Erzählungs- und Beobachtungsgabe haben und erforderliche Übung in der Datenerhebung aufweisen. Zur Untersuchung von Gruppen müssen das Feld, die Personen, die Zeit und die Bedingungen beschrieben werden. Die Beobachtung von Verhalten umfasst die allgemeinen Handlungsweisen, spezielles Verhalten, die relevanten Kriterien und die Bewertungskriterien zur Bestimmung der Hauptziele.

## 3. Datensammlung

Wichtig in dieser Phase der Untersuchung ist es, die Daten zeitnah zu evaluieren, zu klassifizieren und aufzuzeichnen. Die CIT ist eine Beobachtungsmethode zur Untersuchung von Verhaltensweisen. FLANAGAN (1954) erwähnt jedoch auch die Erhebung von Daten durch Interviews, Gruppenbefragungen, Fragebögen und aufgezeichnete Daten (vgl. ebd., S. 340ff.). Die kritischen Ereignisse werden durch Befragungen erhoben oder durch den Untersucher aufgeschrieben. In jedem Fall ist es notwendig, dass die Berichte objektiv und mit allen relevanten Details aufgezeichnet werden.

Grundsätzlich ist es für eine Befragung oder Beobachtung kritischer Ereignisse hilfreich, folgende Informationen in Erfahrung zu bringen:

- ~ die Beschreibung der Situation, die zum kritischen Ereignis führte,
- ~ die Handlung oder das Verhalten der fokussierten Person in der Ereignisdarstellung,
- ~ die Ergebnisse oder Auswirkungen des Verhaltens und der Handlung.

Werden diese Elemente in die Untersuchung einbezogen, kann der Nutzen der beschriebenen Handlung auf Grundlage der Antworten eingeschätzt werden (vgl. KEMPPAINEN 2000, S. 1265).

## 4. Datenanalyse

Die Analyse der Daten umfasst die Deskription und induktive Kategorienbildung. Zu beachten ist bei der Datenanalyse die Einordnung/Klassifizierung der Ereignisse in den

Bezugsrahmen der Untersuchung. Weiterhin schlägt der Autor die Bildung von Kategorien in Form von Ereignissen vor, wobei hier besonders der Aspekt der Subjektivität zu beachten ist.

Zunächst wird eine beispielhafte Anzahl von Ereignissen in Gruppen sortiert, die sich auf den Referenzrahmen beziehen. Anschließend werden die entwickelten Kategorien durch kurze Definitionen beschrieben und weitere Ereignisse zugeordnet. Während dieses Codierungsprozesses werden eine erforderliche Umbenennung von Kategorien und die Entwicklung neuer Kategorien notiert. Die Kategorien werden zu Indikatoren modifiziert. Der Codierungsprozess ist abgeschlossen, wenn alle Ereignisse klassifiziert wurden. Die großen Kategorien werden in kleine Gruppen aufgeteilt und die Ereignisse, die eine ähnliche Verhaltensweise beschreiben, werden zusammengeführt. Somit entstehen Hauptkategorien mit Untergruppen. Die Definitionen für alle Kategorien und Hauptgruppen sollten dann in ihren Bezeichnungen rücküberprüfbar werden, indem sie über Handlungsereignisse untereinander klassifiziert werden. Abschließend wird der Grad der Typisierung und Generalisierung der Hauptkategorien gebildet (vgl. FLANAGAN 1954, S. 344f.).

CARTER (1959) beschreibt den Codierungsprozess folgendermaßen (vgl. ebd., S. 210):

1. Jedes Ereignis wurde gründlich studiert.
2. Stimmige Entscheidungen bezüglich aller Ereignisse wurden während der Formulierung der Kategorien erreicht.
3. Sich überschneidende Kategorien wurden zusammengefasst.
4. Jede Kategorie wurde mit Aussagen beschrieben.
5. Alle Verhaltensweisen wurden klassifiziert.

NORMAN ET AL. (1992) beschreiben in Anlehnung an FLANAGANS (1954) Ausführungen die Datenanalyse als induktive Methode, wobei die übereinstimmenden Ereignisse in ein Ranking sortiert werden. Ist die Kategorienbildung abgeschlossen, sollten unabhängige Beurteiler befragt werden, um die Ereignisse in die herausgebildeten Kategorien zu sortieren und ihre Bedeutsamkeit zum Kontext herzustellen (vgl. ebd., S. 394).

## **5. Interpretation und Darstellung der Ergebnisse**

Die Interpretation sollte (Biases) Verzerrungen betrachten und auswerten, die während der vorherigen Schritte aufgetreten sein können. Weiterhin sollten die Repräsentativität der untersuchten Personen gekennzeichnet und die Grenzen der Bewertung verdeutlicht werden.

### **8.2.2.3 Teilnehmende Beobachtung**

Ausgehend von den Untersuchungsfragen und der bereits vorgestellten Methode Critical Incident Technique, die als Beobachtungsinstrument entwickelt wurde, erweist es sich als angemessen, ebenfalls die qualitative Forschungsmethode „teilnehmende Beobachtung“ einzusetzen.

Die empirische Methode teilnehmende Beobachtung setzt sich im Untersuchungsgegenstand „Kompetenz- und Qualitätsentwicklung im Altenpflegeheim“ das Ziel, die Sinnstrukturen der Pflegekräfte bezüglich ihrer Handlungen, Tätigkeiten und Kommunikation zu

erschließen und zu rekonstruieren (vgl. LAMNEK 1995, S. 239). Dabei kann der Aspekt der Teilnahme des Forschers am Alltagsleben der untersuchten Personen als vorteilhaft für die Datenerhebung gelten. Die Teilnahme befähigt den Forscher durch gewissenhafte Beobachtung, die „*Interaktionsmuster und Wertvorstellungen*“ [der Pflegekräfte] zu *explorieren und zu dokumentieren*“ (LAMNEK 1995, S. 240). Die Beobachtung ermöglicht es somit Situationen zu erfassen, die in ihrer natürlichen Umgebung (in ihrem Feld) stattfinden. Dieser Aspekt ist insbesondere als Vorteil der Methode zu bewerten (vgl. MORSE/FIELD 1998, S. 102).

Bei der teilnehmenden Beobachtung werden deskriptive Informationen gesammelt, die die Daten der Interviews ergänzen sollen, um nach Angaben LAMNEKS (1995), die ermittelten Daten und Befunde in ihrer Gültigkeit abzusichern (vgl. ebd., S. 244; vgl. MORSE/FIELD 1998, S. 102). Die Beobachtung stellt im Untersuchungskontext somit eine weitere Methode dar, um die in den Critical Incidents der Interviews beschriebenen Verhaltensweisen der Pflegekräfte durch beobachtete Verhaltensweisen zu überprüfen und deren Validität zu gewährleisten.

Für die Untersuchung des Alltags der Pflegekräfte, der kritischen Ereignisse und Handlungskontexte von Mitarbeitern in pflegerischen Situationen sowie der Strukturen und Organisation im Pflegeheim kann die teilnehmende Beobachtung als eine geeignete Methode eingeschätzt werden. Einen Vorteil dieser Methode stellt der Aspekt „Präsenz des Forschers im Feld“ dar. Der Forscher ist im Untersuchungsfeld persönlich anwesend und erhält somit einen praxisnahen Eindruck von der Arbeit der Pflegekräfte.

Der folgende Gesichtspunkt kann als Kritik bzw. Nachteil der Methode bewertet werden: Grundsätzlich können nur Ausschnitte bzw. Teilbereiche der Arbeit einzelner Personen und folglich nur selektive Untersuchungskriterien im Altenpflegeheim beobachtet werden, dadurch werden mögliche Ergebnisse reduziert und einschränkt. Gesicherte Erkenntnisse erfordern einen umfangreicheren und längeren Beobachtungszeitraum. Weiterhin kann kritisiert werden, dass die teilnehmende Beobachtung immer auf die Reichweite der Aufnahmefähigkeit von Sinneseindrücken des Beobachters sowie auf die Beobachtung von Verhaltensweisen beschränkt ist. Dieser Aspekt wirkt sich nachteilig auf die Bewertung von Werten und Einstellungen der beobachteten Personen aus, die demnach nur erschlossen werden können (vgl. LAMNEK 1995, S. 246).

Für ein umfassendes Verständnis des Forschungsfeldes werden im Zusammenhang mit den angeführten Untersuchungskriterien der Beobachtungen ebenfalls schriftliche Datenquellen einbezogen. Dabei handelt es sich insbesondere um Aufzeichnungen, die im Forschungsprozess entstehen und im Forschungstagebuch notiert werden. Diese Daten werden im Sinne des „hermeneutischen Zirkels“ in die Analyse und Ergebnisinterpretation einbezogen.

### 8.2.3 Setting und Zugang zum Untersuchungsfeld

Der Kontakt zu dem Altenpflegeheim, dem die Fallstudie gilt, wird über den Verantwortlichen für das Qualitätsmanagement des Trägerverbandes hergestellt. Dieser Person werden das Vorhaben und die Ziele der Studie vorgestellt und mit ihm gemeinsam überprüft, welche Einrichtung sich für die Studie eignet. Vor diesem Hintergrund wird ein

Altenpflegeheim ausgewählt, das sich in der Einführungsphase der Implementierung eines Qualitätsmanagements und am Ausgangspunkt für eine Qualitätsentwicklung befindet.

Im Folgenden werden das Vorhaben und die Ziele der Studie zunächst den Leitern (Heim- und Pflegedienstleitung) sowie dem QM-Beauftragten des Altenpflegeheims vorgestellt und Fragen zum Aufwand, der damit für die Mitarbeiter verbunden ist, geklärt. Die Leitung stimmt nach einer internen Prüfung und Diskussion der Untersuchung zu. Anschließend wird die Studie den Mitarbeitern des Altenpflegeheims vorgestellt und ihre Fragen sowie insbesondere die Rolle der Mitarbeiter im Untersuchungszusammenhang erläutert.

### 8.2.3.1 Charakteristik der untersuchten Einrichtung

Die Altenpflegeeinrichtung befindet sich in einem ländlichen Gebiet im Bundesland Sachsen und ist ein Haus in konfessioneller Trägerschaft. Das Heim liegt in der Mitte eines Ortes mit 1200 Einwohnern und ist eingebunden in ein Wohngebiet. Vom Altenpflegeheim aus sind wichtige Infrastruktureinrichtungen (wie Einkaufsmöglichkeiten, Friseur und Arztpraxen) sowie die Anbindung an den öffentlichen Personen-Nahverkehr auf kurzem Weg erreichbar.

Die Altenpflegeeinrichtung verfügt über 61 Heimplätze (60 Dauerpflegeplätze und ein Kurzzeitpflegeplatz) und ist in zwei Wohnbereiche, die durch Etagen getrennt sind, geteilt.<sup>65</sup> Jeder Wohnbereich kann 30 Bewohner beherbergen. Die Wohnbereiche verfügen jeweils über 24 Einzelzimmer und drei Doppelzimmer. Der Einzugsbereich der Bewohner erstreckt sich auf die Gemeinden des Landkreises und das Bundesland Sachsen. Die Mehrzahl der Bewohner kommt aus der unmittelbaren Umgebung in das Heim.

Die Zielgruppe des Hauses sind alte (über 65 Jahre) pflegebedürftige Menschen, bei denen eine ambulante Pflege und Betreuung nicht mehr zu erbringen ist. Von der Aufnahme in das Heim werden Bewohner/innen ausgeschlossen, die eine intensiv-therapeutische Behandlung benötigen (wie z. B. Menschen mit apallischem Syndrom, Phase F) sowie Menschen mit auffälligen psychischen Krankheitsbildern.

Das Altenpflegeheim führt ab Juni 2005 ein Qualitätsmanagement auf Basis des EFQM-Modells ein. Dieses Qualitätsmanagement „EFQM für die stationäre Altenhilfe“ gilt verbandsweit für alle Einrichtungen des Trägers. Dabei wird der Selbstbewertungsfragenkatalog des EFQM-Modells auf die Belange einer Pflegeeinrichtung angepasst und in allen Einrichtungen des Trägers angewendet.

### 8.2.3.2 Bewohnerstruktur

Im Folgenden wird die Bewohnerstruktur im Altenpflegeheim aufgezeigt. In der Einrichtung leben zum Untersuchungszeitpunkt 61 Bewohner, somit ist das Heim vollständig belegt.<sup>66</sup>

---

<sup>65</sup> Das Ersatzzimmer, das für den Kurzzeitpflegeplatz vorgesehen ist, wird zum Zeitpunkt der Untersuchung auch von einem Bewohner bewohnt.

<sup>66</sup> Alle folgenden bewohner- und mitarbeiterbezogenen Daten wurden im Juli 2005 erhoben.

Die Geschlechterverteilung und die Altersstruktur lassen sich folgendermaßen aufschlüsseln:

Geschlecht der Bewohner	Anzahl
männlich	14
weiblich	47

*Tabelle 8-2: Geschlechterverteilung Bewohner*

Altersstruktur der Bewohner	Anzahl
40 bis unter 64 Jahre	3
65-69 Jahre	3
70-74 Jahre	7
75-79 Jahre	1
80-84 Jahre	15
85-89 Jahre	11
90-94 Jahre	16
95-100 Jahre	4
über 100 Jahre	1

*Tabelle 8-3: Altersverteilung Bewohner*

Die Altersverteilung der Bewohner in diesem Altenpflegeheim stellt ein typisches Bild dar, da aufgrund der alternden Gesellschaft und des medizinisch-technischen Fortschrittes die Menschen häufig ein hohes Alter erreichen und sich dieses auch in der Altersstruktur eines Altenpflegeheims widerspiegelt.

### 8.2.3.3 Mitarbeiterstruktur im Pflegebereich

In dem untersuchten Pflegeheim werden 25 Mitarbeiter im Pflegebereich beschäftigt, davon sind 19 Pflegemitarbeiter festangestellt. Der Heimleiter und Pflegedienstleiter sind nicht direkt dem Pflegebereich zuzuordnen, da sie fast ausschließlich mit konzeptionellen Aufgaben und Leitungsaufgaben betraut sind.

Die Geschlechteraufteilung stellt sich folgendermaßen dar:

Geschlecht der Pflegekräfte	Anzahl
männlich	3
weiblich	22

*Tabelle 8-4: Geschlechterverteilung Pflegekräfte*

Diese Verteilung der vorwiegend weiblichen Mitarbeiter im Altenpflegebereich ist ebenfalls als kennzeichnend zu bewerten, da helfende und erziehende Berufe hauptsächlich durch weibliches Personal ausgeübt werden. Die dabei zu Grunde liegende Altersverteilung der Pflegemitarbeiter lässt sich folgendermaßen aufschlüsseln:

Altersstruktur der Pflegekräfte	Anzahl
17 bis unter 24 Jahre	6
25-34 Jahre	1
35-44 Jahre	8
45-54 Jahre	7
55 und älter	3

*Tabelle 8-5: Altersverteilung Pflegekräfte*

Auch diese Verteilung ist für Altenpflegeeinrichtungen charakteristisch, da der Beruf des Altenpflegers an Berufs(fach)schulen in einigen Bundesländern ein Mindestalter zwischen 16 und 18 Jahren und eine geistige und körperliche Eignung voraussetzt. Zu dieser Verteilung tragen auch die Umschulungsmaßnahmen bei, die nach der Wende 1989/1990 üblich waren. Ein Großteil der Menschen in der ehemaligen DDR musste ihre Erwerbstätigkeit aufgeben und begann in so genannten Umschulungs- oder Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen eine erneute Ausbildung, z. B. im pflegerischen Bereich.

Die Qualifikation der Pflegekräfte wird nachfolgend aufgeschlüsselt:

Ausbildung der Pflegekräfte	Anzahl
Altenpfleger/Kinder-/Krankenschwester/-pfleger	12 (davon 1 männlich)
Pflegehelfer/Pflegehilfskraft	7 (davon 1 männlich)
Altenpflegeschüler	4 (davon 1 männlich)
Mitarbeiter im Freiwilligen sozialen Jahr	2

Tabelle 8-6: Qualifikationsverteilung Pflegekräfte

Die Qualifikation der Pflegekräfte stellt die Leiter und Träger vor notwendige Entscheidungen, Aspekte der Ökonomisierung, die auch in Pflegeeinrichtungen Einzug halten, zu beachten und die Quote der Pflegefachkräfte<sup>67</sup> zu verringern und dafür geringer qualifizierte und geringer bezahlte Mitarbeiter einzustellen. Die Heimpersonalverordnung schreibt nach §5 für stationäre Pflegeeinrichtungen eine Fachkraftquote von 50% vor (vgl. Heim-PersV vom 19.7.1993, geändert am 22.7.1998). Andere Überlegungen wiederum gehen in die Richtung, dass es zukünftig möglicherweise nicht mehr erforderlich sein wird, höher qualifizierte Mitarbeiter einzustellen, da die Aufgaben der Pflege im Zusammenhang mit der Betreuung und (Grund-) Pflege von Hilfskräften fachlich ebenso gut durchgeführt werden können, wie von Fachkräften. Die Tätigkeiten der Fachkräfte unterscheiden sich gegenüber den Aufgabenbereichen geringer qualifizierten Personals hauptsächlich in der Verrichtung der medizinischen Behandlungspflege.

Neben dem Pflegepersonal sind in der Einrichtung weiterhin folgende Mitarbeiter beschäftigt:

Weitere Mitarbeiter in der Einrichtung	Anzahl
Leitung (Heimleitung, Pflegedienstleitung)	2
Verwaltung	2
Wirtschaftsdienst (Küche, Hausmeister, Wäscherei, Service)	7,5
Betreuungsdienst (Ergotherapie)	1
Zivildienstleistende	2

Tabelle 8-7: Mitarbeiter der Einrichtung

#### 8.2.3.4 Stichprobe

Die Auswahl der untersuchten Personen erfolgt kriterienbezogen (kriteriengeleitete Auswahl), d. h. orientiert an bestimmten Kriterien, um die Fragestellung und den Untersuchungsgegenstand zu erforschen (vgl. HOLLOWAY/WHEELER 1998, S. 89). Die

---

67 Damit sind Altenpfleger oder Kinder-/Krankenschwestern/-pfleger gemeint.

Kriterien, die dabei die Auswahl der Probanden bestimmen, bestehen darin, ein „heterogenes Sample“ zu untersuchen, d. h. Pflegekräfte, Experten (Leitungskräfte und QM-Beauftragter) und Bewohner zu befragen, um kontrastierende Daten zu erhalten. Weiterhin erweist es sich als vorteilhaft für die Einzelfall-Untersuchung, eine Vollerhebung durchzuführen und alle festangestellten Mitarbeiter im Pflegebereich sowie die Leitungskräfte in die Befragung einzubeziehen. Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf die Stichproben für die Durchführung der Interviews in den Erhebungsphasen  $T_1$  (Erhebungszeitraum Juli 2005 bis August 2005) und  $T_2$  (Erhebungszeitraum April 2006 bis Mai 2006). Auf die Stichprobenzusammensetzung der Beobachtung wird in Kapitel 8.3.5 näher eingegangen.

### Die Stichprobe für die Erhebungsphase $T_1$ stellt sich wie folgt dar:

In der Erhebungsphase  $T_1$  werden 19 Mitarbeiter im Pflegebereich, ausgenommen Auszubildende, Mitarbeiter im Freiwilligen sozialen Jahr (FSJ-ler) und Zivildienstleistende, befragt.<sup>68</sup> Weiterhin werden zwei Leitungskräfte (Heim- und Pflegedienstleitung) interviewt, die in diesem Zusammenhang aus ihrer Sicht Einschätzungen zur Qualität im Heim, den Zielen und dem Verhalten der Mitarbeiter in Pflegesituationen geben sollen. Ebenso werden 11 Bewohner befragt, die aus ihrer Sicht das Verhalten der Pflegekräfte in Pflege- und Betreuungssituationen beschreiben sollen.

Probanden <sup>69</sup>	Stichprobe	Aufteilung der Mitarbeiter
Leitung	2	1 Heimleiter
		1 Pflegedienstleiter
Mitarbeiter	19	11 Pflegefachkräfte
		1 Altenpfleger und QM-Beauftragter
		7 Pflegehelfer/Pflegehilfskraft
Bewohner	11	

Tabelle 8-8: Stichprobe  $T_1$

Die Stichprobe wird für die Durchführung der Interviews in Experten, Mitarbeiter und Bewohner klassifiziert.

### Experten

Zu den befragten Experten gehören die zwei Leitungskräfte und ein Mitarbeiter mit der zusätzlichen Qualifikation und Funktion des QM-Beauftragten.

### Mitarbeiter

Zu den befragten Mitarbeitern zählen 11 Pflegefachkräfte und sieben Pflegehelfer bzw. Pflegehilfskräfte.

### Bewohner

Die Auswahl der Bewohner zur Befragung orientiert sich an ihrem Krankheitsbild, an der Fähigkeit, sich sprachlich äußern zu können und an einem ausgewogenen Geschlechterverhältnis. Es werden 10 Interviews mit 11 Bewohnern geführt, davon ein Interview mit

<sup>68</sup> Diese Entscheidung begründet sich auf der zeitlich begrenzten Tätigkeit der Auszubildenden und FSJ-ler und der Einordnung der Zivildienstleistenden in den Service-Bereich (Küche).

<sup>69</sup> Es gelten männliche sowie weibliche Bezeichnungen gleichermaßen.



einem Ehepaar. In die Auswertung können nur acht Interviews mit neun Bewohnern einbezogen werden (davon ein Interview mit einem Ehepaar).<sup>70</sup>

Die Geschlechterverteilung für alle befragten Probanden in der Erhebungsphasen  $T_1$  wird folgendermaßen aufgeschlüsselt:

Probanden	Geschlecht	
	männlich	weiblich
Experten (Leitungskräfte und QMB)	1	2
Mitarbeiter	2	16
Bewohner	4	7

Tabelle 8-9: Geschlechterverteilung Stichprobe  $T_1$

### Die Stichprobe für die Erhebungsphase $T_2$ stellt sich wie folgt dar:

In der Erhebungsphase  $T_2$  werden 14 Mitarbeiter im Pflegebereich, ausgenommen Auszubildende, Mitarbeiter im Freiwilligen sozialen Jahr (FSJ-ler) und Zivildienstleistende, zwei Leitungskräfte (Heim- und Pflegedienstleitung) sowie sieben Bewohner befragt. Die geringere Anzahl an Probanden resultiert einerseits aus einer Fluktuation an Personal (4 Mitarbeiter verlassen zum Erhebungszeitraum April 2006 bis Mai 2006 das Unternehmen) und andererseits aus einer Ablehnung einer Mitarbeiterin ein Interviews zu führen. Weiterhin sind zum Erhebungszeitraum zwei der in Erhebungsphase  $T_1$  befragten Bewohner verstorben.

Probanden	Stichprobe	Aufteilung der Mitarbeiter
Leitung	2	1 Heimleiter
		1 Pflegedienstleiter
Mitarbeiter	14	9 Pflegefachkräfte
		5 Pflegehelfer/Pflegehilfskraft
Bewohner	7	

Tabelle 8-10: Stichprobe  $T_2$

Die Stichprobe wird für die Durchführung der Interviews wiederholt in Experten, Mitarbeiter und Bewohner klassifiziert.

### Experten

Zum Erhebungszeitraum April 2006 bis Mai 2006 können nur die zwei Leitungskräfte als Experten befragt werden. Der QM-Beauftragte ist nicht mehr im Unternehmen beschäftigt und ein neuer Mitarbeiter ist zum Zeitpunkt der Interviewdurchführung für diese Funktion noch nicht bestimmt.

### Mitarbeiter

Weiterhin werden 14 Mitarbeiter befragt, die sich ihrer Qualifikation nach in neun Pflegefachkräfte und sieben Pflegehelfer bzw. Pflegehilfskräfte aufschlüsseln lassen.

---

<sup>70</sup> Die Aufnahmequalität von zwei Interviews war sehr schlecht.

### Bewohner

In der Erhebungsphase  $T_2$  werden die Bewohner erneut befragt. Somit können sieben Interviews mit den Bewohnern geführt und in die Auswertung einbezogen werden.

Die Geschlechterverteilung für alle befragten Probanden in der Erhebungsphasen  $T_2$  wird folgendermaßen verdeutlicht:

Probanden	Geschlecht	
	männlich	weiblich
Experten (Leitungskräfte)	1	1
Mitarbeiter	-	14
Bewohner	2	5

Tabelle 8-11: Geschlechterverteilung Stichprobe  $T_2$

Nachfolgend werden die untersuchten Gruppen näher beschrieben, um sich einen Überblick über deren Arbeitsinhalte, Aufgabenbereiche und Merkmale zu verschaffen.

#### 8.2.3.5 Charakteristik der Untersuchungsgruppen

##### Experten

Zur Expertengruppe zählen der Heimleiter, der Pflegedienstleiter und der QM-Beauftragte. Der Heimleiter führt das Altenpflegeheim hinsichtlich einer wirtschaftlichen Planung und Umsetzung der Pflege und Betreuung der Bewohner. Er ist unter anderem für die Belange der Mitarbeiter (Einstellung, Weiterbildung und Entlassung) verantwortlich, weiterhin schließt er die Heimverträge mit den Bewohnern ab und führt Pflegesatzverhandlungen durch. Zu seinem Aufgabenbereich gehören ebenfalls Kooperationsvereinbarungen und vertragliche Regelungen mit den Angehörigen und Betreuern der Bewohner, mit Krankenkassen, Ärzten, Apotheken und weiteren Dienstleistern, die Serviceleistungen (z. B. Speisenzubereitung und -lieferung, Reinigung oder Wäscheservice) für die Einrichtung und die Bewohner erbringen. Dem Heimleiter sind alle Mitarbeiter der Altenpflegereinrichtung sowie der Pflegedienstleiter unterstellt. Der Heimleiter verfügt im Allgemeinen über eine Qualifikation gemäß §2 Heimpersonalverordnung (HeimPersV vom 19.7.1993, geändert am 22.7.1998).

Der Pflegedienstleiter ist verantwortlich für die Sicherung der pflegerischen und sozialen Betreuung aller Bewohner sowie für die Gewährleistung der Arbeitszufriedenheit aller Mitarbeiter im Pflegebereich und deren Weiterbildung. Zu seinen Aufgaben zählen weiterhin die Mitwirkung an der Personalentwicklung und die Interessenvertretung der Mitarbeiter. Ihm sind alle im Pflegebereich tätigen Personen unterstellt. Der Pflegedienstleiter absolvierte im Allgemeinen neben einer Ausbildung zur Pflegefachkraft (Altenpfleger oder Kinder-/ Krankenschwester/-pfleger) eine Weiterbildung zur leitenden Pflegefachkraft (Pflegedienstleitung).

Der QM-Beauftragte verfügt über eine Ausbildung zur Pflegefachkraft (Altenpfleger) sowie über eine Weiterbildung zum Qualitätsbeauftragten und ist der Heim- und Pflegedienstleitung unterstellt. Die Funktion des QM-Beauftragten wird neben seiner Tätigkeit als Altenpfleger ausgeübt. Zu den Aufgaben zählen unter anderem die Planung, Implementierung, Weiterentwicklung und Evaluation des Qualitätsmanagements in der

Einrichtung. Er ist weiterhin verantwortlich für die Überprüfung der Qualität aller Leistungen in der Einrichtung sowie für die Nachweisführung des Qualitätsmanagement im Qualitätshandbuch, die Beratung und Schulung von Mitarbeitern zur Umsetzung des Qualitätsmanagement und die Durchführung von Qualitätszirkeln.

### **Mitarbeiter**

Zu den Mitarbeitern im Pflegebereich zählen die Wohnbereichsleiter, die Pflegefachkräfte (Altenpfleger und Kinder-/Krankenschwestern/-pfleger), die Altenpflegehelfer und die Altenpflegehilfskräfte. Der Wohnbereichsleiter ist die direkte Ansprechperson aller im Pflegebereich tätigen Mitarbeiter und ist dem Pflegedienstleiter unterstellt. Er ist verantwortlich für die Sicherung der pflegerischen und sozialen Betreuung der Bewohner des Wohnbereiches. Zu seinem Verantwortungsbereich gehören unter anderem die Sicherstellung der Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter im Wohnbereich und ihre Qualifizierung sowie die Weiterentwicklung des Pflegekonzeptes. Er kontaktiert u. a. Angehörige, Betreuer der Bewohner und Ärzte und erstellt die Dienstpläne für die Mitarbeiter im Wohnbereich. Der Wohnbereichsleiter verfügt im Allgemeinen über eine Ausbildung als Pflegefachkraft sowie über eine Weiterbildung zur Wohnbereichsleitung.

Die Pflegefachkraft ist verantwortlich für die Durchführung und Sicherung der Pflege und Betreuung und die Ausführung der anfallenden pflegerischen Aufgaben anhand des Pflegekonzeptes und der Standards der Einrichtung. Sie ist dem Wohnbereichsleiter unterstellt und absolvierte im Allgemeinen eine dreijährige Ausbildung zum Altenpfleger oder zur (Kinder-)Krankenschwester/-pfleger.

Der Altenpflegehelfer unterstützt die Pflegefachkräfte bei der Durchführung und Sicherung der Pflege und Betreuung und der Erfüllung der anfallenden pflegerischen Aufgaben anhand des Pflegekonzeptes und der Standards der Einrichtung. Er ist der Wohnbereichsleitung unterstellt und absolvierte eine einjährige Ausbildung zum Altenpflegehelfer oder Krankenpflegehelfer, die ihn befähigt, Pflegefachkräften bei der Durchführung ärztlicher Anordnungen behilflich zu sein.

Die Altenpflegehilfskraft ist ebenfalls den Pflegefachkräften bei der Durchführung und Sicherung der Pflege und Betreuung und der Erfüllung der anfallenden pflegerischen Aufgaben anhand des Pflegekonzeptes und der Standards der Einrichtung behilflich. Sie ist der Wohnbereichsleitung unterstellt, besitzt aber keine pflegerische Ausbildung. Die Altenpflegehilfskraft sollte möglichst Grundkenntnisse der Altenpflege nachweisen oder sich diese während der Arbeit aneignen.

### **Bewohner**

Der Bewohner des Alten- und Pflegeheims schließt mit dem Heimleiter einen Heimvertrag bei Einzug in die Einrichtung ab. Der Heimvertrag regelt gemäß §5 Heimgesetz (HeimG) die Rechte und Pflichten der Einrichtung und des Bewohners, weiterhin werden die Leistungen des Trägers und das zu entrichtende Heimentgelt festgeschrieben. Die Bewohner stellen vor der Heimaufnahme einen Antrag auf stationäre Pflege bei ihrer Krankenkasse und auf Pflegeeinstufung bei der Pflegekasse. Auf der Grundlage der Einstufung nach Pflegestufe 1 bis 3 werden die Pflegesätze bemessen. Die Bewohner leben in zwei Wohnbereichen in Einzel- oder Doppelzimmern. Die Zimmer sind bereits eingerichtet und

können nach Absprache mit dem Heimleiter durch eigene Möbel und Gegenstände aus der häuslichen Umgebung wohnlich gestaltet werden.

Die Bewohner werden nach dem Pflegemodell AEDL von M. Krohwinkel und auf der Grundlage des Bedürfnismodells von A. Maslow gepflegt und betreut. Dabei wird das Konzept der Bezugspflege angewendet, wobei eine Pflegefachkraft und eine Pflegehilfskraft jeweils eine Gruppe von sechs Bewohnern pflegen und betreuen. Dies umfasst neben der Pflege, die Durchführung der Pflegeplanung und der Dokumentation für die Bewohner. Das Bezugspflegeteam ist weiterhin für die Betreuung der Bewohner verantwortlich, d. h. sie sind die Ansprechpartner und die Bezugspersonen für Probleme und Fragen der Bewohner und ihrer Angehörigen. Sie sorgen ebenfalls für Ordnung in den Zimmern und die Verfügbarkeit von Pflegematerialien.

### 8.3 Datenerhebung

Die zentrale Forschungsfrage „Welche Lernanforderungen ergeben sich für die Mitarbeiter in Einrichtungen der Altenpflege während des Prozesses der Qualitätsentwicklung hinsichtlich der Entwicklung und Erweiterung individueller Kompetenzen?“ soll im Rahmen der beiden Erhebungsphasen  $T_1$  und  $T_2$  beantwortet werden.

In Anlehnung an die beschriebene Erhebungsmethode Critical Incident Technique werden durch Befragungen und Beobachtungen in der vorgestellten Altenpflegeeinrichtung die Anforderungen der Mitarbeiter an ihre täglichen Arbeit erhoben, um anhand genauer Beschreibungen ihres Verhaltens in kritischen Situationen ihre Fähigkeiten und Kompetenzen zu ermitteln.

#### 8.3.1 Interviews $T_1$ und $T_2$

Im Mittelpunkt der ersten Erhebungsphase  $T_1$  steht die Untersuchungsfrage „Über welche Kompetenzen verfügen die Mitarbeiter zu Beginn der Einführung eines Qualitätsmanagements?“

In kontrastierenden Interviews werden Experten (Leitungspersonal und QM-Beauftragter), Mitarbeiter im Pflegebereich und Bewohner befragt (vgl. Kapitel 8.2.3.4). Dabei werden den Experten Fragen zu kritischen Pflegesituationen gestellt, in denen sie beschreiben, wie die Pflegekräfte ihre Tätigkeiten durchführen und wie sie sich dabei verhalten (vgl. auch REUSCHENBACH/MOHR 2005, S. 88).

Im Anschluss an die Befragung der Experten werden die Mitarbeiter im Pflegebereich zu kritischen Ereignissen und Situationen in ihrem Arbeitsalltag befragt. In einer Selbsteinschätzung beschreiben die Mitarbeiter ihre Verhaltensweisen zur Bewältigung und Umsetzung kritischer Situationen in der Pflege und Betreuung von Bewohnern. Anhand dieser Schilderungen werden die Anforderungen an ihre Tätigkeiten im Sinne ihrer vorhandenen Fähigkeiten und Kompetenzen analysiert.

Die Befragung der Bewohner soll die Untersuchung inhaltlich abrunden, dabei liegt der Schwerpunkt auf der Einschätzung des Verhaltens der Mitarbeiter in kritischen Situationen aus Sicht der Bewohner.

Im Mittelpunkt der zweiten Erhebungsphase  $T_2$  steht die Forschungsfrage „Welche Kompetenzen werden im Zusammenhang mit dem Prozess der Qualitätsentwicklung entwickelt und erweitert?“

Die Untersuchung dieser Forschungsfrage erfordert eine vergleichende Datenerhebung. Die Datensammlung erfolgt, ungeachtet des vergleichenden Designs und einer sich daraus möglicherweise annehmbaren quantitativen Datenanalyse, ebenfalls durch ein induktives qualitatives Datenerhebungsverfahren und durch eine qualitative Datenanalyse in Anlehnung an FLANAGAN (1954). Aus diesem Grund werden in der zweiten Erhebungsphase  $T_2$  dieselben Probanden erneut befragt, um eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse zu ermöglichen. Personen, die zum Zeitraum der zweiten Datenerhebung nicht mehr in der Einrichtung beschäftigt sind sowie verstorbene Bewohner, werden nicht durch die Befragung weiterer Probanden ersetzt.

### 8.3.2 Interviewleitfaden $T_1$ und $T_2$

Die kontrastierende Befragung erfordert den Einsatz von drei Interviewleitfäden. Diese werden auf der Grundlage der Critical Incident Technique (vgl. Abschnitt 8.2.2.2) für die Befragung der Experten, Mitarbeiter und Bewohner konstruiert und enthalten ausschließlich offene Fragestellungen zu positiven und negativen kritischen Ereignissen, die in der Pflege und Betreuung von Bewohnern vorgefallen sind. In den Interviews wird einerseits Wert gelegt auf die Fremdeinschätzung von Experten und Bewohnern zum Verhalten der Pflegekräfte bei der Durchführung und Umsetzung pflegerischer oder betreuender Maßnahmen in den Situationen. Andererseits stellt die Selbsteinschätzung der Pflegekräfte zu ihrem Verhalten in den von ihnen geschilderten Situationen einen wichtigen Schwerpunkt der Interviews dar. Außerdem werden auch Fragen zur Einschätzung der Pflegequalität und Motivation für die Tätigkeit gestellt.

Zunächst werden in allen Interviews Fragen zu biographischen Angaben bzw. in den Experten- und Mitarbeiterinterviews auch zu berufsbiographischen Angaben gestellt. Die weiteren Fragen werden in drei Teile gegliedert:

- ~ Teil 1 mit Fragen zur Bedeutung des Qualitätsmanagement und den Zielen der Arbeit:
  - ~ Stellenwert des Qualitätsmanagement<sup>71</sup>
  - ~ Stellenwert und Ziele der Arbeit<sup>72</sup>
  - ~ Ziele des Qualitätsmanagement<sup>73</sup>
  - ~ Anzeichen von Qualität
- ~ Teil 2 mit Fragen zu Situationen und Verhaltensweisen von Personen an denen Qualität sichtbar wird:
  - ~ Beschreibung positiver Critical Incidents
  - ~ Beschreibung negativer Critical Incidents

---

71 nur im Experteninterview

72 in den Experten- und Mitarbeiterinterviews

73 nur im Experteninterview

- ~ Teil 3 Fragen zur Qualität in der Einrichtung:
  - ~ Einschätzung der Pflegequalität in der Einrichtung
  - ~ Anregungen für die Qualitätsentwicklung

Für die Erhebungsphase T<sub>2</sub> werden ebenfalls drei Interviewleitfäden für die Expertenbefragung, die Mitarbeiter- und Bewohnerbefragung entwickelt. Für die vergleichende Datenerhebung werden wiederholt Daten zu positiven und negativen kritischen Ereignissen erhoben, die in der Pflege und Betreuung von Bewohnern vorgefallen sind. Die weiteren Fragen beziehen sich auf eine Beschreibung und Darstellung des Qualitätsentwicklungsprozesses in der Einrichtung und auf Veränderungen in der Pflege und Betreuung der Bewohner im Zeitraum der ersten Datenerhebung Juli/August 2005 bis April/Mai 2006, um mögliche Gründe und Ursachen für Veränderungen in den Kompetenzen der Mitarbeiter abzuleiten. Auf Fragen zu biographischen und berufsbiographischen Angaben wird in den Experten- und Mitarbeiterinterviews verzichtet, da diese Daten bereits in der ersten Erhebung ermittelt werden. Für die Befragung der Bewohner erscheint es jedoch zweckmäßig, zur Einstimmung und zur Anregung des Redeflusses der Probanden, diese Angaben nochmals zu erheben, sie fließen jedoch nicht erneut in die Auswertung ein.

Die Interviewleitfäden der zweiten Befragung werden in folgende Abschnitte gegliedert:

- ~ Teil 1 mit Fragen zu Situationen und Verhaltensweisen von Personen an denen Qualität sichtbar wird:
  - ~ Beschreibung positiver Critical Incidents
  - ~ Beschreibung negativer Critical Incidents
  - ~ Begründung des beschriebenen Verhaltens
- ~ Teil 2 mit Fragen zur Qualität in der Einrichtung:
  - ~ Einschätzung der Pflegequalität
  - ~ konkrete Veränderungen in der Pflege und Betreuung
  - ~ konkrete Veränderungen in der Beziehung zu den Bewohnern
  - ~ konkrete Veränderungen in der Pflege- und Betreuungsqualität
- ~ Teil 3 Fragen zur Qualitätsentwicklung:
  - ~ Beschreibung von Veränderungen, Entwicklungen und Ereignissen durch das Qualitätsmanagement

Die vollständigen Interviewleitfäden für die Befragung der Experten, Mitarbeiter und Bewohner in den Erhebungsphasen T<sub>1</sub> und T<sub>2</sub> befinden sich im Anhang der Arbeit (vgl. Anlage 3 und Anlage 4).

### 8.3.3 Durchführung der Interviews

Die Durchführung und Aufzeichnung der Interviews findet vor Ort im untersuchten Altenpflegeheim statt. Dabei werden die Interviews der Erhebungsphase T<sub>1</sub> im Zeitraum Juli bis August 2005 durchgeführt und umfassen eine Dauer von ca. 40 bis 90 Minuten je Interview. Die Interviews der Erhebungsphase T<sub>2</sub> werden im Zeitraum April bis Mai 2005 mit einem ähnlichen Zeitumfang durchgeführt.

Vor der Aufzeichnung wird nochmals das Einverständnis für die Durchführung und Aufnahme des Gesprächs bei den Probanden eingeholt. Weiterhin wird die Anonymität und die Vernichtung der Daten zugesichert. Den Probanden wird erklärt, dass einige Auszüge aus den Interviews veröffentlicht werden, die Daten dabei jedoch vollständig anonymisiert werden und somit keine Rückschlüsse von Aussagen auf Personen möglich sind.

Die Aufnahme der Interviews erfolgt während und nach der Arbeitszeit der Mitarbeiter in einem separaten Raum in der Einrichtung. In der ersten Erhebungsphase  $T_1$  werden 21 Interviews mit Leitungskräften und Pflege-Mitarbeitern sowie 8 Interviews mit Bewohnern geführt. Die Interviews mit den Bewohnern finden in ihrer gewohnten Umgebung, ihrem Wohnraum im Altenpflegeheim statt. In der zweiten Erhebungsphase  $T_2$  werden 16 Interviews mit Leitungskräften und Pflege-Mitarbeitern sowie 7 Interviews mit Bewohnern geführt.

Die Transkription der insgesamt 52 Interviews erfolgt jeweils im unmittelbaren Anschluss an die Aufzeichnung und (im Hinblick auf eine flüssige Lesbarkeit) ohne die Erfassung von Transkriptionszeichen, wie sie bei BORTZ/DÖRING (1995, S. 287) aufgezeigt werden. Es wird jedoch darauf geachtet, dialektische und umgangssprachliche Äußerungen unverändert zu transkribieren. Die Interviewaufnahmen werden nach der Transkription vollständig vernichtet.

### 8.3.4 Beobachtung $T_1$

Im Anschluss an die Interviews findet eine teilnehmende Beobachtung statt. Die Beobachtungen der Mitarbeiter im Pflegealltag und der Bewältigung alltäglicher Situationen rundet das Datenmaterial der Interviews ab. Anhand der Beobachtungen sollen die Ergebnisse der Interviews, insbesondere die Einschätzungen der Interviewpartner über welche Kompetenzen die Mitarbeiter zu Beginn der Einführung eines Qualitätsmanagement verfügen, verifiziert werden.

Ansatzpunkte für die Durchführung der Beobachtung stellen Überlegungen zum Ziel des Qualitätsmanagement dar, das u. a. in der Verbesserung der Pflegequalität, der Betreuung und Pflege der Bewohner und der Umsetzung der Bezugspflege besteht. Die Bezugspflege setzt sich auch zum Ziel, die Beziehungsqualität zwischen Mitarbeiter und Bewohner zu erhöhen. Dabei kann davon ausgegangen werden, dass die Entwicklung der Pflege- und Beziehungsqualität zwischen Bewohnern und Pflegepersonal nicht nur von den Kompetenzen der Mitarbeiter abhängig ist, sondern auch durch organisationale Aspekte, wie Teamklima oder Strukturen in der Einrichtung, beeinflusst wird. Diese strukturellen und organisatorischen Gegebenheiten sollen durch die Beobachtungen untersucht werden.

### 8.3.5 Stichprobe und Durchführung der Beobachtung

Beobachtet werden die Mitarbeiter im Pflegebereich beider Wohnbereiche, die in der Frühschicht tätig sind. Dies erweist sich als zweckmäßig, da in diesem Arbeitszeitraum die Kontakte zu den Bewohnern und Mitarbeitern, aufgrund der Gestaltung der Tagesabläufe und Pflegeorganisation, hinreichend untersucht werden können. In der Einrichtung werden unterschiedliche Frühdienste, in Abhängigkeit von der arbeitsvertraglich geregelten

Stundenzahl, absolviert. In der Regel beginnt der Frühdienst 6:30 Uhr und endet je nach Stundenzahl und Pausen 10:30, 13:00, 14:00 oder 15:15 Uhr.

Grundsätzlich können nicht alle Mitarbeiter, die im Frühdienst tätig sind, begleitet und bei ihren Arbeitshandlungen beobachtet werden. Aus diesem Grund wird in den Beobachtungen auf eine Person fokussiert, die fortwährend bei allen ihren Arbeitshandlungen begleitet wird. Jedoch wird versucht auch die anderen Mitarbeiter zu beobachten, sofern Tätigkeiten von mehreren Mitarbeitern oder dem gesamten Team durchgeführt werden. Durch Gespräche mit allen Mitarbeitern während der Arbeitshandlungen oder auch in der Pause ist es möglich, sich einen Überblick zu verschaffen und komplexere Zusammenhänge zu erkennen. Bevor die Autorin das Zimmer eines Bewohners betritt und die Pflgetätigkeiten der Mitarbeiter teilnehmend beobachtet, stellt sie sich den Bewohnern vor und bittet sie um ihr Einverständnis, ihnen bei den Handlungen zuzuschauen.<sup>74</sup>

Die Mitarbeiterstruktur ist im Frühdienst in beiden Wohnbereichen ähnlich aufgebaut: Jeweils drei Mitarbeiter sind im Frühdienst tätig, davon eine Pflegefachkraft, eine Altenpflegehilfskraft (bzw. ein Altenpflegehelfer) und ein Auszubildender (oder Praktikant). Die Mitarbeiter beenden ihren Arbeitstag zu unterschiedlichen Zeitpunkten (je nach arbeitsvertraglicher Regelung): 11:00 Uhr oder zwischen 13:00 und 15:15 Uhr.

Im Zeitraum 7.11.2005 bis 11.11.2005 werden die Mitarbeiter des Wohnbereichs 1 und im Zeitraum 14.11.2005 bis 18.11.2005 die Mitarbeiter des Wohnbereichs 2 während ihrer Arbeit begleitet. Dabei findet die Beobachtung im Wohnbereich 1 an vier Tagen und im Wohnbereich 2 an drei Tagen statt. Am dritten Tag der Beobachtung ist bereits eine Sättigung der Daten erkennbar, da die Tagesabläufe grundsätzlich homogen strukturiert und gestaltet sind. Die Dienste der Mitarbeiter werden ebenfalls meistens in der Art eingeteilt, dass ein Team von Mitarbeitern an mehreren aufeinander folgenden Tagen in der Woche zusammen arbeitet. Bei einem Teamwechsel in der Beobachtungsphase können keine merklichen Veränderungen in der Tagesstruktur und den Tagesabläufen festgestellt werden. Das lässt darauf schließen, dass der gewählte Beobachtungszeitraum im Rahmen der Untersuchung ausreichend ist, um gesicherte Erkenntnisse zur Verifizierung und Ergänzung der Ergebnisse aus den Interviews zu erhalten.

Anhand der teilnehmenden Beobachtung soll durch die ermittelten arbeitsorganisatorischen Strukturen, (Tages-)Abläufe und -Organisation der Bewohner und Mitarbeiter ein umfangreiches Bild von der Einrichtung und den Anforderungen der Mitarbeiter entstehen. Weiterhin werden das Verhalten der Mitarbeiter und ihr Umgang mit den Bewohnern in alltäglichen Situationen untersucht und im Zusammenhang mit den bereits analysierten Kompetenzen aus den Interviews verglichen.

---

<sup>74</sup> Insbesondere in den ersten Beobachtungen im Wohnbereich 1, wird die Autorin in die Pflegehandlungen mit einbezogen und unterstützt die Pflegekräfte durch einfache Tätigkeiten, wie z. B. das Bett der Bewohner zu machen, die Bewohner in den Aufenthaltsraum zu begleiten oder den Bewohnern bei Lagerungen Halt zu geben. In diesem Zusammenhang kann auch von einer „beobachtenden Teilnahme“ gesprochen werden.



Schwerpunkte der Beobachtung stellen folgende Untersuchungskriterien dar:

- ~ Welche Organisationsstrukturen und Arbeitsabläufe können beobachtet werden und wie ist der Arbeitstag der Mitarbeiter und die Tagesgestaltung der Bewohner organisiert?
- ~ Welche Critical Incidents der Mitarbeiter im Umgang mit den Bewohnern und in der Pflege und Betreuung werden beobachtet und wie verhalten sich die Mitarbeiter in diesen Situationen, d. h. über welche Handlungsfähigkeiten und Kompetenzen verfügen sie?

Um eine Verfälschung von Ergebnissen durch die Anwesenheit des Forschers möglichst gering zu halten, werden die Beobachtungen in einem separaten Raum in einem Forschungstagebuch notiert. Dabei wird darauf geachtet, dass dies nicht im Beisein der Mitarbeiter oder Bewohner erfolgt, um diese nicht zu verunsichern und deren Handlungen zu stark zu beeinflussen. Die zeitlichen Abstände zwischen Beobachtung und Aufzeichnung werden auf eine bis zwei Stunden begrenzt, um Datenverluste zu vermeiden.

## 8.4 Methodische Reflexion und Prozessreflexion

### 8.4.1 Reflexion zum Einsatz der Forschungsmethoden

Zur Wahl und Anwendung der Forschungsmethoden des fragestellungsgeleiteten, problemzentrierten Interviews und der teilnehmenden Beobachtung kann resümiert werden, dass sich diese Forschungsmethoden zur Ermittlung der Critical Incidents als geeignet herausstellten. Diese Einschätzung wurde auch bereits von FLANAGAN (1954) getroffen, der die Critical Incident Technique als Beobachtungsinstrument entwickelte, aber auch die Datenerhebung durch Interviews als eine zweckmäßige Anwendung sieht (vgl. ebd., S. 340ff.). Wie bereits festgestellt, erfolgt die Datenerhebung von Critical Incidents in der Pflegeforschung vorrangig durch Interviews mit Pflegekräften und Patienten. Dieser Aspekt weist ebenfalls auf eine geeignete Anwendung von Interviews zur Untersuchung von Critical Incidents hin. Allgemein wird der Einsatz von Interviews in der sozialwissenschaftlichen Forschung auf neunzig Prozent geschätzt, wobei auch ein Großteil der Beobachtungsstudien nicht mehr ohne Interviews auskommt (vgl. FLICK in SCHAEFFER/MÜLLER-MUNDT 2002, S. 203f.).

Resümierend stellt sich die Frage, ob ein primärer Einsatz teilnehmender Beobachtungen zur Untersuchung der Kompetenzentwicklung und des Lernens in weiterführenden Forschungen zum Themenbereich von Veränderungs- und (Qualitäts-)Entwicklungsprozessen evidentere Daten liefert? Diese Annahme könnte in Anlehnung an FLICK (2002) bestätigt werden: Der Autor gibt zu bedenken, dass die Analyse von Handlungsweisen besser durch Beobachtungen untersuchbar ist (vgl. ebd. in SCHAEFFER/MÜLLER-MUNDT 2002, S. 214).

Für die Datenerhebung der Critical Incidents durch Befragungen spricht jedoch die Gewinnung umfassender und vielfältiger Daten, wohingegen im Rahmen einer Beobachtung jeweils nur eine Person und ihre Verhaltensweisen beobachtet werden kann. Durch Interviews ist es möglich, eine größere Anzahl an Pflegekräften zu ihren Verhaltensweisen zu befragen. Dieser Aspekt scheint auch hinsichtlich der Erwartung mit ausreichend

großen Fallzahlen zu arbeiten, die häufig an qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung gestellt wird, nicht bedeutungslos (vgl. ebd., S. 215).

In diesem Kontext muss auch den Hinweisen FLANAGANS (1954) Berücksichtigung geschenkt werden: Er erwähnt, dass für eine Beobachtung eine spezifische Auswahl und Schulung der Beobachter, insbesondere zur Erhebung kritischer Situationen und der Verhaltensweisen, erforderlich ist (vgl. ebd., S. 338f.). Auch könnte es sich als schwierig erweisen, über einen längeren Zeitraum die Arbeit der Pflegekräfte zu begleiten und dabei, im Hinblick auf ethische Gesichtspunkte, eine Einwilligung der Bewohner zu erhalten. Ein weiterer Punkt liegt in der Dauer solcher Veränderungs- und Entwicklungsprozesse, die nicht selten einen Einführungszeitraum von 1,5 bis 2 Jahren erfordern und im eigentlichen Sinne nicht abgeschlossen werden, da die Qualitätsentwicklung einen dynamischen und zyklischen Prozess darstellt. Insofern war es im Rahmen der Dissertation und der zu untersuchenden Fragestellung nicht möglich, den Qualitätsentwicklungsprozess vollständig begleitend durch eine teilnehmende Beobachtung zu untersuchen.

Für die Anwendung von Interviews sprach weiterhin der Aspekt einer Befragung kontrastierender Gruppen (Leitung, Pflegepersonal und Bewohner), die in der Untersuchung im Rahmen einer Vollerhebung aller (festangestellten) Pflegekräfte durchgeführt wurde. Somit konnte ein realistisches und vielseitiges Bild vom Untersuchungskontext ermittelt werden. Außerdem wurde die Datenerhebung der Interviews im Sinne einer methodischen Triangulation durch ergänzende teilnehmende Beobachtungen, durch die Teilnahme an den Qualitätszirkeln und durch die Aufzeichnung von Gesprächsnotizen im Forschungsstagebuch ergänzt. Im Ergebnis kann festgestellt werden, dass die teilnehmende Beobachtung zu einer Relativierung der Interviewdaten, d. h. zu überraschenden Erkenntnissen über die Verhaltensweisen der Mitarbeiter im Umgang mit den Bewohnern, beispielsweise in der Kommunikation, führte.

Im Zusammenhang mit den angewendeten Forschungsmethoden Interview und Beobachtung wird reflektiert, dass auch durch eine selektive Interview-Auswahl zur Erhebung der Critical Incidents und damit der Analyse von Handlungsfähigkeiten und Kompetenzen der Pflegekräfte valide Ergebnisse erzielt werden können. Diesbezüglich wäre es denkbar, in einer weiterführenden oder wiederholenden Untersuchung zu den Kompetenzen und zum Lernen der Mitarbeiter, unter dem Aspekt der zu beachtenden Ressourcen, fundierte Ergebnisse mit einer geringeren Anzahl an Interviews zu ermitteln. In diesem Kontext scheint es auch interessant, ausschließlich Experten zu befragen, beispielsweise Leitungskräfte verschiedener Altenpflegeeinrichtungen, und die Daten unter Anwendung einer fallrekonstruktiven Analyse auszuwerten.

Weiterhin wird angesichts der Dauer der teilnehmenden Beobachtung von insgesamt sieben Tagen festgestellt, dass diese zu kurz war. Im Hinblick auf weiterführende Untersuchungen zur Erforschung dieses Untersuchungsgegenstandes müsste die Beobachtungsphase einerseits umfangreicher und länger durchgeführt werden und andererseits auch weitere Datenerhebungszeitpunkte, wie die Spätschicht und Nachtschicht, einbeziehen. Die teilnehmende Beobachtung der Frühschicht der Pflegekräfte ermöglichte somit nur einen begrenzten Einblick in die Struktur und Organisation der Arbeitsabläufe.

Die anfängliche Planung der Studie sah außerdem vier Erhebungen vor, d. h. zwei Interviewphasen und zwei Beobachtungsphasen. Die vierte beabsichtigte Erhebung, eine teilnehmende Beobachtung in der Erhebungsphase T<sub>2</sub>, die im August 2006 stattfinden sollte, wurde nicht durchgeführt. Die Gründe dafür sind einerseits in der Beteiligung der Autorin am Qualitätsentwicklungsprozess in der Einrichtung zu sehen und andererseits in den gegenwärtigen Veränderungsprozessen in der Altenpflegeeinrichtung. Nachstehend soll auf diese Aspekte reflektierend eingegangen werden.

#### 8.4.2 Prozessreflexion: Rolle der Autorin in der Qualitätsentwicklung

Wie eingangs dargestellt, wurde die Einführung des Qualitätsmanagements und die Qualitätsentwicklung über einen Zeitraum von einem Jahr (von Juni 2005 bis Juni 2006) begleitet<sup>75</sup>. Dabei nahm die Autorin regelmäßig an den Qualitätszirkel-Treffen teil. In diesem Zeitraum wurden von Juli bis August 2005 die ersten Interviews mit den Mitarbeitern, Bewohnern und Leitungskräften durchgeführt.

Im Juni 2005 zeichnete sich bereits ab, dass die Untersuchung und Beobachtung der Veränderungs- und Entwicklungsprozesse der Einrichtung nicht distanziert von den zu untersuchenden Personen stattfinden konnte. Die Autorin bot ihre Unterstützung im Qualitätszirkel und ihre Beratung bei Fragen in diesem Zusammenhang an. Insofern fand nicht nur eine Identifizierung mit der Rolle als Wissenschaftlerin, sondern auch mit der Rolle als Beraterin und demnach als Initiatorin von Veränderungen statt. Die „Initiatorrolle“ konnte insofern kontrolliert werden, indem nur auf Anfragen der Mitarbeiter Vorschläge in den Qualitätszirkel und zu Veränderungen eingebracht wurden.

Durch die Interviews wurde ein Kennenlernen der Mitarbeiter und teilweise der Bewohner des Altenpflegeheims möglich. Einige Mitarbeiter engagieren sich auch im Qualitätszirkel, so dass zu ihnen neben der Rolle als wissenschaftlicher Interviewer auch ein kollegiales Verhältnis entstand. In regelmäßigen Gesprächen mit der PDL entfaltete sich nach und nach ein Vertrauensverhältnis, aus dessen Nutzen profitiert werden konnte, indem Einblicke in die Arbeit und Organisation eines Altenpflegeheims geschaffen wurden und auf der anderen Seite die Leitung zu Erkenntnissen aus der Pflegewissenschaft informiert wurde.

Im November 2005 wurde die teilnehmende Beobachtung durchgeführt und in diesem Zusammenhang die Arbeitsabläufe, die Organisation und der Umgang mit den Bewohnern auf den Wohnbereichen des Altenpflegeheims, gewissermaßen vor Ort und teilnehmend, untersucht (vgl. Anlage 10). Die Ergebnisse der Beobachtungen wurden im Januar mit dem Leitungspersonal (Heimleitung und PDL) besprochen, die ihrerseits die Mitarbeiter auf den Wohnbereichen dazu informierten und Veränderungen einleiteten (vgl. Anlage 8, Notizen vom 16.1.06 und 26.4.06). Die Veränderungen, die durch die Rückmeldung der

---

<sup>75</sup> Die folgenden Angaben basieren auf protokollierten Aufzeichnungen der Autorin zu den Qualitätszirkelsitzungen, auf Notizen von Gesprächen mit der PDL, Heimleitung und mit Mitarbeitern, die im Forschungstagebuch vorliegen (vgl. Anlage 8 und Anlage 9) sowie auf den Beobachtungsprotokollen und den Interviews (vgl. Anlage 10, Anlage 11 und Anlage 12).

Beobachtungen aber auch durch die Beteiligung an den Projekten im Qualitätszirkel auf eine Qualitätsentwicklung hindeuteten (vgl. dazu Kapitel 7.2.2), wurden demnach durch die Autorin mit initiiert. Dies spiegelte sich zum Teil in den Aussagen der zweiten Interviews wider, die im April bis Mai 2006 durchgeführt wurden (vgl. Anlage 12, Interview 15 T<sub>2</sub>).

Im Hinblick auf die Einführung des „Beschwerdemanagements“ wurde zum Beispiel die Leitung darauf aufmerksam gemacht, dass zwar Papierformulare ausliegen, aber die Stifte dazu fehlen. In den Interviews wurde später deutlich, dass in diesem Projekt eine Intervention stattfand: Im Bereich der Beachtung der Intimsphäre der Bewohner und in der Kommunikation mit den Bewohnern traten (nach Aussagen der Leitung) Veränderungen ein. Die Leitung berichtete in den Interviews, dass auf Basis der Beobachtungsrückmeldung die Mitarbeiter informiert wurden, auf offene Türen der Bewohnerzimmer zu achten, wenn sie die Bewohner pflegen und auch den Umgang mit den Bewohnern zu reflektieren (vgl. Anlage 12, Interview 15 T<sub>2</sub>).

Grundsätzlich kann angenommen werden, dass durch die Anwesenheit der Autorin in den Qualitätszirkelsitzungen und durch die Interviews der Prozess der Qualitätsentwicklung beeinflusst wurde. Im Zusammenhang mit den Interviews bestand darin auch eine Intention der Untersuchung. Die Mitarbeiter sollten zu einem Nachdenken und zu einer Reflexion ihres Verhaltens in alltäglichen, aber auch kritischen Situationen mit den Bewohnern angeregt werden. Allerdings wurde durch die Rückmeldung der Beobachtung (an die Leitung und Mitarbeiter) eine systematische Intervention durchgeführt und somit möglicherweise die Qualitätsentwicklung beeinflusst.

Das Vorgehen, die Beobachtungsergebnisse über die Leitung bekannt zu geben und auszuwerten, soll aus Gründen der Transparenz und der Akzeptanz der Ergebnisse für weitere Untersuchungen geändert werden. Insofern erweist es sich als akzeptabler weitere Ergebnisse immer direkt und persönlich mit den Mitarbeitern zu besprechen, beispielsweise im Rahmen einer Weiterbildung oder Informationsveranstaltung. Die Ergebnisse der gesamten Untersuchung werden demzufolge allen Pflegekräften mitgeteilt, um sie in die Information einzubeziehen und ihnen die Möglichkeit zu geben, sich darüber auszutauschen.

### **Was passierte im Zusammenhang mit der Qualitätsentwicklung im Altenpflegeheim?**

Die regelmäßige Teilnahme an den Qualitätszirkeln und die Beobachtung der von den Mitarbeitern bearbeiteten Projekte zur Qualitätsentwicklung, (Beschwerdemanagement, Apothekenwechsel und Einführung elektronische Pflegedokumentation) wurde bereits in Kapitel 7.2.2 beschrieben. An dieser Stelle soll auf entscheidende Aspekte der Qualitätsentwicklung sowie auf strukturelle und organisatorische Veränderungen im Altenpflegeheim eingegangen werden, die den Prozess kennzeichneten.

Einen ersten auffallenden Aspekt stellte die ständige Teilnahme der PDL an allen Qualitätszirkeln und bei der Projektbearbeitung dar. Dadurch wurde häufig eine befängene Atmosphäre bemerkt, die dadurch gekennzeichnet war, dass die Mitarbeiter keine bzw. nur sehr selten Vorschläge in den Qualitätszirkel einbrachten (vgl. Anlage 8 Notizen vom 10.6.05). Weiterhin war bezeichnend, dass die QM-Beauftragte keine Entscheidungsbefug-

nis ausüben konnte. Sie war in ihrer Funktion der PDL unterstellt, anstatt wie es üblicher ist, eine Stabsstelle neben der (Heim-)Leitung oder Geschäftsführung zu übernehmen. Möglicherweise wurde dies aber aufgrund der Größe des Hauses beabsichtigt, weil die QM-Beauftragte diese Funktion neben ihrer eigentlichen Stelle als Altenpflegerin ausübte (vgl. Anlage 8 Notizen vom 22.7.05 und Anlage 11, Interview 6 T<sub>1</sub>).

Ein weiterer nennenswerter Punkt bezieht sich auf die Entlassung der QM-Beauftragten im November 2005. Dazu muss angeführt werden, dass alle Mitarbeiter bei ihrer Einstellung einen befristeten Arbeitsvertrag von zwei Jahren erhielten und der Vertrag der QM-Beauftragten nicht verlängert wurde. Ihre Aufgaben übernahm die PDL, zusätzlich zu ihren sonstigen Tätigkeiten und Verantwortungen (vgl. Anlage 8, Notizen vom 12.10.05).

Nachdem im November 2005 die teilnehmende Beobachtung stattfand, wurden die Projekte „Apothekenwechsel“ und „Einführung elektronische Pflegedokumentation“ in den Qualitätszirkelsitzungen angesprochen. Die Qualitätszirkel-Mitarbeiter wurden darüber informiert, jedoch nicht in den Entscheidungsprozess einbezogen (vgl. Anlage 9, Protokoll vom 6.12.05). Zum 1.3.06 wurde das neue Medikamentenbestellsystem in der Einrichtung eingeführt. Bis zu diesem Zeitpunkt fand keine Neubesetzung der Stelle und Funktion der QM-Beauftragten statt. Es wurde ein weiteres neues Projekt begonnen, die Einführung einer elektronischen Pflegedokumentation, und dazu im April 2006 eine erste Schulung durch die Herstellerfirma in der Einrichtung durchgeführt (vgl. Anlage 9, Protokoll vom 19.4.06).

Von April bis Mai 2006 wurden die zweiten Interviews mit den Mitarbeitern, der Leitung und den Bewohnern durchgeführt. Inhalte waren Veränderungen in der Einrichtung (durch die Qualitätsentwicklung) und Fragen zu Critical Incidents. Erstaunlich war zunächst, welche Angaben insbesondere von den Bewohnern geäußert wurden (vgl. Anlage 12, z. B. Interview 5 T<sub>2</sub>). Das wurde auf ein gewachsenes Vertrauensverhältnis zurückgeführt, weil die Bewohner durch die ersten Interviews und die Beobachtung die Autorin bereits kannten und sich deshalb in den Gesprächen öffneten. In den Mitarbeiterinterviews jedoch wird das Gegenteil wahrgenommen: Die Mitarbeiter waren teilweise sehr zurückhaltend, wirkten gestresst, wirkten teilweise überfordert, unkonzentriert und frustriert. Eine mögliche Erklärung wurde zunächst im Aufbau des Interviewleitfadens gesucht. Diese bezog sich darauf, dass auf einleitende Fragen zur Person verzichtet wurde, da diese bereits erhoben wurden. Dadurch konnte aber möglicherweise das Gespräch nicht so gut starten (vgl. Anlage 8, Notizen vom 5.5.06). Der wirkliche Grund lag jedoch in den strukturellen und organisatorischen Gegebenheiten der Einrichtung verborgen. Dies wurde deutlich, als eine Pflegekraft ein Interview absagte und in einem inoffiziellen Gespräch ihre Situation schilderte. In diesem Gespräch war zu erfahren, dass sich seit den letzten Interviews (Juli/August 2005) die Arbeitssituationen der Mitarbeiter geändert hatte (vgl. Anlage 8, Notizen vom 8.5.06). Die Mitarbeiterin erläuterte:

Der Druck durch die Leitung wird immer stärker, es herrscht keine Meinungsfreiheit in den Teamsitzungen, weil hier die PDL immer anwesend ist. In diesen (monatlichen) Treffen der Mitarbeiter ist keine Zeit für bewohnerbezogene Probleme (Fallbesprechungen), stattdessen werden Hausinterna von der Leitung besprochen. Die Dienstplangestaltung erfolgt nur einen Monat im Voraus, somit werden wenige Wünsche und keine

kurzfristigen Änderungen von den Mitarbeitern berücksichtigt. Fast jeder Mitarbeiter besitzt neben seiner Stelle zusätzliche Aufgaben und Funktionen, wie z. B. IKM-Bestellung, Verantwortlicher für die Ausfahrten oder für die Bewohnerzeitung. Die Mitarbeiter müssen zu allen Sitzungen und Treffen ihre Freizeit opfern, Entschuldigungen werden nur bei Nachtschicht, Urlaub und Krankheit akzeptiert und es wird teilweise mit Verweisen und Abmahnungen gedroht. Der Teamzusammenhalt unter den Mitarbeitern ist zwar vorhanden und die Mitarbeiter verstehen sich untereinander gut, aber die Frustration der Mitarbeiter ist hoch und es herrscht Zurückhaltung in der Besprechung von Problemen und in der Einbringung von Wünschen bei den WBLs. (vgl. Anlage 8, Gesprächsnotizen vom 8.5.06).

Das Gespräch gab Aufschluss über die Situation der Mitarbeiter, die nur noch für die Arbeit verpflichtet wurden und sich zusätzlich noch für ein Interview bereit erklären sollten. Teilweise waren zu diesem Zeitpunkt auch noch Mitarbeiter mit befristeten Arbeitsverträgen angestellt (vgl. Anlage 8, Gesprächsnotizen vom 8.5.06). Dieser Aspekt gab reflektierend Aufklärung über einige Interviewsituationen: In Anbetracht der bisherigen Entlassungen und aufgrund befristeter Verträge war nachvollziehbar, dass die Mitarbeiter in den Interviews zurückhaltend waren und vermutlich um ihren Arbeitsplatz fürchteten (vgl. Anlage 12, z. B. Interview 4 T<sub>2</sub>). Mit den Personalwechseln sollte das Ziel verfolgt werden, ein stabiles Team zu schaffen und Mitarbeiter zu finden, die gut im Team zusammenarbeiten können. Dieser Aspekt scheint gelungen zu sein, wie oben angeführt (vgl. Anlage 12, Interview 2 T<sub>2</sub>).

Neben diesen aufschlussreichen Einblicken „hinter die Kulissen“ der Arbeitssituationen, wurden auch positive Veränderungen von den Mitarbeitern genannt. Folglich konnte beispielsweise der Apothekenwechsel gut umgesetzt werden. Die Mitarbeiter verfügen nun nachts über mehr Zeit für die Bewohner und sie können längere Zeit bei ihnen verbringen (vgl. Anlage 8, Gesprächsnotizen vom 8.5.06, Anlage 12, z. B. Interview 21 T<sub>2</sub>).

Ein weiteres zentrales Thema der Veränderungsprojekte stellte die Einführung der elektronischen Pflegedokumentation dar. Anhand der Interviewaussagen T<sub>2</sub> wurde erkennbar, dass dieses Projekt mit individuellen, psychischen Veränderungen bei den Mitarbeitern einherging. Diese waren durch Ängste, mit dem Computer zu arbeiten, Druck und Belastung gekennzeichnet (vgl. Anlage 12, z. B. Interviews 2, 9, 10 T<sub>2</sub>). Aber auch organisatorische Veränderungen, eine Doppelbelastung in der Dokumentation, einen erhöhten Zeitaufwand für die Dateneingabe (die in der Freizeit bewältigt werden musste) und Befürchtungen der Mitarbeiter, noch weniger Zeit mit den Bewohnern verbringen zu können, begleiteten diesen Veränderungsprozess (vgl. Anlage 12, z. B. Interviews 16, 23 T<sub>2</sub> sowie ausführlich Kapitel 7.2.2.3).

In den folgenden zwei Monaten nahm die Autorin wieder an den Qualitätszirkelsitzungen teil und verfolgte die Projekteinführung „elektronische Pflegedokumentation“. Dabei wurde offensichtlich, dass die Mitarbeiter neben ihren Stellen als Altenpfleger und neben ihren zusätzlichen Aufgaben nun noch mit den Aufgaben zum Umgang mit einem Computer und einem PC-Programm, mit der Ablösung der schriftlichen Dokumentation und zeitweise mit einer doppelten Dokumentation konfrontiert wurden (vgl. Anlage 8, Notizen vom 19.6.06). Abgesehen von diesen Eindrücken, machte sich auch eine Verände-

rung im Vertrauensverhältnis zur Leitung, insbesondere zur PDL, bemerkbar. Dieses bestand darin, dass zwar Einladungen zu den Qualitätszirkelsitzungen ausgesprochen wurden, aber die Terminabstimmung ohne Einigung auf einen gemeinsamen Termin ausfielen. Das führte dazu, dass die drei folgenden Termine nicht wahrgenommen werden konnten (vgl. Anlage 8, Notizen vom 21.8.06).

Diese Tatsache, die Durchführung und Analyse der Interviews, die Veränderungssituationen in der Einrichtung und die inoffiziellen Gespräche mit den Mitarbeitern veranlassten zur Überlegung, die zweite Beobachtungsphase, die für den August 2006 geplant war, zu überdenken. Es bestand die Befürchtung, dass sich die Mitarbeiter mit der Anwesenheit der Autorin und der Begleitung ihrer Arbeit überfordert sehen. Dieser Eindruck wurde bereits während der Durchführung der Interviews gewonnen (vgl. Anlage 8, Notizen vom 5.5.06, 8.5.06, 19.6.06). Aus methodischer Sicht war zu befürchten, dass verfälschte Ergebnisse erhoben werden. Diese Vermutung stützte sich auf die Annahme, dass sich die Mitarbeiter in den Beobachtungen sehr bedacht und korrekt verhalten könnten und somit keine validen Daten ermittelt werden.

Insofern sind auch die strukturellen Gegebenheiten in einer Organisation, die sich durch eine Qualitätsentwicklung ändern können und ihre Auswirkungen auf die Mitarbeiter bei einer geplanten Beobachtung zu berücksichtigen, wenn diese Gesichtspunkte nicht zum Zentrum der Beobachtung werden sollen. An dieser Stelle wird auch erkennbar, dass den Prozess der Qualitätsentwicklung und die Ergebnisse der Untersuchung unterschiedliche Faktoren und Variablen beeinflussen. Diese können im Rahmen dieser Untersuchung jedoch nicht einzeln nachgeprüft werden.

Ein weiterer Aspekt, der dazu beitrug die Beobachtung nicht durchzuführen, war die Rückbesinnung auf die Fragestellung: Untersucht werden sollte die Kompetenzentwicklung und das Lernen der Pflegekräfte während der Qualitätsentwicklung. Dabei lag der Focus deutlich auf den Aspekten Kompetenzen und Lernen. Die Daten, die bisher erhoben und ausgewertet wurden, waren sehr umfangreich und aussagekräftig, um zur Beantwortung der Fragestellung zu verhelfen.

Diese Gründe führten zur Entscheidung, sich im Juli 2006 aus dem begleitenden Qualitätsentwicklungsprozess des Altenpflegeheims zurückzuziehen und die bereits erhobenen Daten aus den Interviews, Beobachtungen und dem Forschungstagebuch in die Datenauswertung und Ergebnisdarstellung einfließen zu lassen. Einladungen zum Qualitätszirkel und zu Gesprächen wurden weiterhin wahrgenommen, jedoch nicht mehr in den Untersuchungsprozess einbezogen. Eine Präsentation der Ergebnisse fand im Rahmen einer freiwilligen Informationsveranstaltung für die interessierten Pflegekräfte und Leitungsmitarbeiter des Altenpflegeheims statt.

### 8.4.3 Reflexion zur Datenanalyse

Für die Untersuchung der Forschungsfrage „Welche Lernanforderungen ergeben sich für die Mitarbeiter in Einrichtungen der Altenpflege während des Prozesses der Qualitätsentwicklung hinsichtlich der Entwicklung und Erweiterung individueller Kompetenzen?“ wurde ein Studiendesign gewählt, das die Kompetenzen der Pflegekräfte in zwei abgegrenzten Erhebungsphasen zum Zeitpunkt  $T_1$  und  $T_2$  erhebt, um die Daten zu vergleichen

und auf dieser Grundlage Veränderungen und Entwicklungen von Kompetenzen der Pflegekräfte zu untersuchen. Grundsätzlich kann festgestellt werden, dass sich die Methode Critical Incident Technique eignet, um Verhaltensweisen und Handlungsfähigkeiten von Personen sowie Kompetenzen zu analysieren. Einem Vergleich der Ergebnisse beider Erhebungsphasen, mit dem Ziel Entwicklungs- und Veränderungsprozesse zu erkennen, wurde dieses Untersuchungsdesign gerecht.

Grundsätzlich sollte an dieser Stelle auch auf die Subjektivität in der Begründung der Ermittlung von Veränderungen und Entwicklungen neuer Kompetenzen in den Daten der zweiten Interviews gegenüber den ersten Interviews durch die Datenanalyse hingewiesen werden: Nicht ganz auszuschließen ist, dass bei der Analyse der Verhaltensweisen und Handlungsfähigkeiten der zweiten Interviews genauer und detaillierter vorgegangen wurde, und somit in den ersten Interviews möglicherweise Fähigkeiten der Mitarbeiter nicht offensichtlich oder auch unter anderen Begrifflichkeiten subsumiert wurden. Es wurde versucht, diesen denkbaren Biases durch die Beobachtungen und ihre Datenanalyse zu begegnen, um hier eine ausreichende Überprüfbarkeit und Validität der Ergebnisse zu erreichen.

In Anbetracht der Diskussion zur Qualität qualitativer Gesundheits- und Pflegeforschung, wird auf FLICK (2002) verwiesen, der hierzu folgende Positionen vertritt (vgl. ebd. in SCHAEFFER/MÜLLER-MUNDT 2002, S. 393ff.): Die Reliabilität qualitativer Forschung zu bewerten, stellt sich demnach als schwieriges bzw. ungeeignetes Ansinnen dar, da wiederholte Interviews und eine Auswertung von erzählten Daten nicht zu glaubhaften und zuverlässigen Ergebnissen führen. Eine Objektivität ist hinsichtlich der Auswertung qualitativer Daten problematisch umzusetzen, da gerade in der Interpretation qualitativer Daten und in der Entwicklung einer durch wissenschaftliche Interpretativität gekennzeichneten sozialen Wirklichkeit durch den Forscher die Stärken der qualitativen Forschung liegen. Eine gewisse Objektivität könnte geleistet werden, indem die Ergebnisse zweier unabhängig voneinander vorgenommenen Datenanalysen miteinander verglichen werden. Auf diese zusätzliche Überprüfung musste im Rahmen dieses Dissertationsprojektes verzichtet werden.

Durch die Anwendung verschiedener Methoden (Interview, Beobachtung, Forschungsaufzeichnungen) wurde die vorliegende Arbeit dem Anspruch an Validität insofern gerecht, dass sich im Sinne einer methodischen Triangulation einzelne Aussagen von interviewten Personen und Ergebnisse überprüfen lassen, aber auch im Begriffsverständnis einer „*Systematischen Perspektiven Triangulation*“ verschiedene Forschungsperspektiven zur Erforschung der Fragestellung kombiniert wurden (FLICK in SCHAEFFER/MÜLLER-MUNDT 2002, S. 400f.). So konnten einerseits durch die Interviews Kompetenzen und Lernanforderungen ermittelt werden. Andererseits konnte die Qualitätsentwicklung durch eine Beobachtung der Strukturen und Arbeitsorganisation und durch eine Analyse beeinflussender Faktoren untersucht werden. Diese verschiedenen Forschungsperspektiven ermöglichten eine breite und facettenreiche Abbildung der Wirklichkeit einer individuellen Kompetenzentwicklung und des Lernens im Rahmen der Qualitätsentwicklung im Altenpflegeheim.



Im Sinne von Validität als Wahrheit, Nachvollziehbarkeit und Glaubwürdigkeit der Ergebnisse einer qualitativen Untersuchung wurde ein stringenter Auswertungsweg, in Anlehnung an die Datenanalyse nach FLANAGAN (1954, S. 344f.), eingeschlagen. Insbesondere die einzelnen Schritte der Datenanalyse, von den Critical Incidents zu den einzelnen Verhaltensweisen der Pflegekräfte, die Codierung der Verhaltensweisen und die Kategorienbildung zu (Handlungs-)Fähigkeiten sowie abschließend der Analyseschritt von den (Handlungs-)Fähigkeiten zu den Kompetenzen der Mitarbeiter, wurden aufgezeigt.

Für das Verständnis und die Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse wird in den folgenden Darstellungen das Risiko in Kauf genommen, zwischen Prägnanz und Länge der Ausführungen abzuwägen und sich für die ausführliche Darstellung zu entscheiden. Im Ergebnisteil der Arbeit (vgl. Kapitel 9 und 10) wird deutlich, dass diese ausführliche Darstellung entscheidend ist, um an dieser Stelle die Ergebnisse, hinsichtlich besonders akzentuierter Aussagen, auf ihre Interpretation zu überprüfen und diese auf den Erkenntnisgewinn der Arbeit zu fokussieren.

## 8.5 Datenanalyse T<sub>1</sub>

Die Datenanalyse erfolgt unter Verwendung des Programms MAXqda2<sup>®</sup> Software for Qualitative Data Analysis. Dieses Programm zur computergestützten qualitativen Datenanalyse wurde von Sozialwissenschaftlern für die qualitative Forschung entwickelt (vgl. <http://www.maxqda.de>). Für die Auswertung der vorliegenden Arbeit erweist sich das Programm als adäquates Hilfsmittel für die induktive Codierung und Kategorienbildung, die mit herkömmlichen Methoden des Ausschneide- und Klebeverfahrens von einzelnen Textpassagen der Interviews aufgrund der Fülle des Datenmaterials und unter Beachtung der ökonomischen und zeitlichen Aspekte nicht zu leisten ist.

Neben der Analyse der Critical Incidents nach FLANAGAN (1954) werden aus dem Datenmaterial der Interviews biographische und berufsbiographische Angaben, Fragen zum Qualitätsmanagement und den Zielen der Arbeit sowie Fragen zur Qualität in der Einrichtung inhaltsanalytisch ausgewertet.

Die qualitative Inhaltsanalyse als Methode der Datenanalyse im qualitativen Forschungsprozess wird im vorliegenden Datenanalyseprozess mit dem Ziel der Analyse latenter Sinnstrukturen durch Sichtbarmachung in alltagsweltlichen Handlungsfiguren, verwendet (vgl. LAMNEK 1995, S. 203). Die so gewonnenen Ergebnisse werden durch Typisierung verallgemeinerbar, indem soziale Handlungsmuster in Form von Kategorien mit Aussagen zum Untersuchungsbereich Altenpflegeheim identifiziert werden können. Das schließt die Beschreibung der Zusammenhänge von Kategorien und entsprechenden Zitaten ein, um die Bedeutung der Aussagen für den Untersuchungsbereich zu analysieren und zu interpretieren (vgl. MORSE/FIELD 1998, S. 135f.). Die Interpretation der Ergebnisse erfolgt vor dem Hintergrund eines alltagsweltlichen Verständnisses, das durch einen wissenschaftlichen und pflegerischen Erfahrungshintergrund und ein prinzipiell erkenntnislogisches Vorgehen bei der Datenanalyse gekennzeichnet ist.

Um den Gesamtzusammenhang „Altenpflegeheim“ mit seinen strukturellen und organisatorischen Aspekten unter der Fragestellung zu untersuchen, „Welche Lernanforderungen

sich für die Mitarbeiter in Einrichtungen der Altenpflege während des Prozesses der Qualitätsentwicklung hinsichtlich der Entwicklung und Erweiterung individueller Kompetenzen ergeben“, ist eine Inhaltsanalyse und Textinterpretation notwendig, die im Sinne eines „hermeneutischen Zirkels“ nicht nur auf Grundlage der Critical Incidents erfolgt, sondern auch die weiteren Sinn- und Texteinheiten der Interviewdaten, die Beobachtungsdaten und die Aufzeichnungen aus dem Forschungstagebuch in die Analyse einbezieht. Somit können aus dem Datenmaterial der Interviews und der teilnehmenden Beobachtung folgende Kategorien analysiert werden:

- ~ Berufsbiographie
- ~ Stereotype Bewohnerbilder
- ~ Vier Dimensionen der Pflegequalität (die strukturelle, die subjektbezogene, die konzeptionelle und die soziologische Dimension der Pflegequalität)
- ~ Einflüsse auf die Pflegequalität

Diese Kategorien, die die Strukturen und Organisation des Altenpflegeheims erläutern und Bilder der Einrichtung repräsentieren, werden in Kapitel 8.6.2 mit ihren Unterkategorien und Kerngedanken inhaltsanalytisch ausgewertet.

### 8.5.1 Datenanalyse der Critical Incidents der Interviews

Im Mittelpunkt der Datenanalyse stehen die erhobenen Daten und Textpassagen mit Fragen zu positiven und negativen Situationen aus dem Arbeitsalltag der Mitarbeiter, die Critical Incidents. Die Auswertung der Critical Incidents erfolgt in Anlehnung an die Beschreibung der Datenanalyse und des Codierungsprozesses bei FLANAGAN (1954, S. 344f.) und CARTER (1959, S. 210), die grundsätzlich ein induktives Verfahren vorschlagen. Die Kategorien werden somit aus dem Datenmaterial entwickelt und systematisch verändert und weiterentwickelt. Die ausführlichen Datenanalyseschritte wurden bereits in Kapitel 8.2.2.2 vorgestellt und sollen an dieser Stelle nur ansatzweise erläutert werden:

1. Im ersten Auswertungsschritt werden die Situationsbeschreibungen (Critical Incidents) entsprechend der geschilderten Situation bezeichnet.
2. Im folgenden Auswertungsschritt können ähnliche bzw. gleiche Situationen unter eine Kategorie zusammengefasst werden. In dieser Art erfolgt die Codierung und Klassifizierung aller beschriebenen Situationen.
3. Daran schließt sich im dritten Auswertungsschritt die Analyse der Verhaltensweisen in den Situationsbeschreibungen an.
4. Im vierten Analyseschritt werden die Verhaltensweisen gruppiert und ähnliche Verhaltensweisen unter eine Hauptkategorie zusammengefasst.
5. Im fünften Analyseschritt werden vor dem Hintergrund der beschriebenen Situationen aus den analysierten und kategorial gebündelten Verhaltensweisen Fähigkeiten abgeleitet.
6. Daran schließt sich im sechsten Analyseschritt eine Zusammenfassung und Systematisierung der Fähigkeiten an.
7. Den Abschluss der Datenanalyse bildet in Schritt sieben die Klassifizierung und Kategorisierung der Fähigkeiten als Komponenten von Kompetenzen bzw. Kompetenzbereichen.

### 8.5.1.1 Ermittelte Critical Incidents

In den Schritten 1 und 2 der Datenanalyse werden aus den Interviews 72 Critical Incidents ermittelt, wobei einige Situationen unter eine Kategorie geordnet sind, da sie eine ähnliche Situation beschreiben.

Nr.	Critical Incidents: + (positiv) – (negativ)	Häufigkeiten					
		Experten		Mitarbeiter		Bewohner	
		+	–	+	–	+	–
1	Bewohner aus Depression rausholen			2	1		
2	Bewohner möchte Aufmerksamkeit			1			
3	Freude und Umarmungen			6			
4	Bewohner bedanken sich			2			
5	Friseurbesuch			1			
6	Aspirationsbeschwerden				1		
7	Ausfahrten mit Bewohnern	1				1	1
8	Bewohner spielt Personal gegeneinander aus		1		1		
9	Beinabschnüren durch Katheter				1		
10	Diebstahlsbeschuldigung				1		
11	Bereitschaft des Pflegepersonals					2	1
12	Zuarbeit von Bewohnern			1			
13	Mitarbeiter versetzt sich in Bewohner					2	
14	Bewohner werden bevorzugt				1		
15	Mitarbeiter bringt Haustier mit	1					
16	Heimaufnahme			1			
17	Stürze von Bewohnern			1	1	1	
18	Eifersucht und Neid unter Bewohnern				3		
19	Vorstellung neuer Mitarbeiter	1		1			
20	Kotschmierer				1		
21	Magensonde				1		
22	Beistand beim Sterben eines Bewohners	1					
23	Abbau bei Bewohnern				2		
24	Körperpflege			1	4	3	
25	Intimsphäre		1				
26	Bewohner schimpfen und beleidigen				8		1
27	Bewohner schreit				1		
28	bestimmende Bewohner				1		
29	Validieren eines unzufriedenen Bewohners	1					
30	kritischer Bewohner		1				
31	Bewohner schikanieren Mitarbeiter				1		
32	Integrieren eines sturen Bewohners			1			
33	Bewohner machen Fortschritte			3			
34	Bewohner arbeitet mit			1			
35	Bewohner zur Selbstpflege anregen			1			
	Summe:	5	3	23	29	9	3
	Gesamtanzahl Critical Incidents:	72					

Tabelle 8-12: Critical Incidents der Interviews  $T_1$  und ihre Häufigkeiten

Auf Grundlage einer Häufigkeitsauszählung der geschilderten Situationsbeschreibungen, können somit 35 Critical Incidents ermittelt werden, die den Ausgangspunkt der Daten-

analyse bilden.<sup>76</sup> In Tabelle 8-12 sind die 35 Critical Incidents der Experten, Mitarbeiter und Bewohner erfasst.

### 8.5.1.2 Situationsbeschreibungen: Von Critical Incidents zu Verhaltensweisen

Im dritten Auswertungsschritt werden die 35 Critical Incidents vorgestellt. In Anlehnung an FLANAGAN (1954) und CARTER (1995) erfolgt die Auswertung der Critical Incidents, indem die entsprechenden Textpassagen (die beschriebenen Verhaltensweisen) in den Critical Incidents zunächst in Verhaltensschilderungen und Ergebnisschilderungen geordnet werden.

Aufgrund des umfangreichen Interviewmaterials werden mehrfach genannte ähnliche Critical Incidents in den folgenden Darstellungen zusammengefasst vorgestellt. Am Ende dieses Analyseschrittes können die aus den Critical Incidents ermittelten Verhaltensweisen gruppiert und zusammengefasst werden (vgl. Anlage 5). Im Verlauf der Auswertung werden aus den Verhaltensweisen Fähigkeiten ermittelt (vgl. 8.5.1.3). Die in den Interviews analysierten Fähigkeiten der Mitarbeiter werden in Kapitel 8.5.3 gemeinsam mit den aus den Beobachtungen ermittelten Fähigkeiten zusammengefasst und als Komponenten der Kompetenzen in Kapitel 8.6.1 systematisiert und erläutert.

#### Situationsbeschreibungen

##### *Bewohner aus der Depression rausholen (Nr. 1)*

Von zwei Pflegekräften werden positive Situationen im Umgang mit depressiven Bewohnern beschrieben. Eine der beiden Mitarbeiterinnen beschreibt zusätzlich noch ein negatives Ereignis. In den positiven Situationen geht es darum, die Bewohner für eine kurze Zeit aus ihrer Depression zu holen, sie umzustimmen oder sie zum Lächeln zu bewegen. Das gelingt den Mitarbeitern durch Streicheln und durch motivierende Gespräche (6, 82-90; 9, 36-50)<sup>77</sup>. In der negativen Situation schildert die Pflegekraft die Schwierigkeiten im Umgang mit depressiven Bewohnern: Sie versucht die Bewohnerin dazu zu bewegen, sich von ihrer depressiven Stimmung ablenken zu lassen, zu lachen oder auch befreiend zu weinen. Die Bewohnerin ist traurig und lebt zurückgezogen, weil sie von ihren Kindern nicht besucht wird.

Die Mitarbeiter beschreiben ihre Verhaltensweisen und die Ergebnisse der Situationen folgendermaßen:

#### Verhaltensweisen

#### Interview-Aussagen

streicheln

*„Zum Beispiel haben wir eine Bewohnerin, die ist immer ganz depressiv und wenn man der dann mal ein bisschen die Hand streichelt oder den Arm, die streichelt dann zurück, also das merkt man dann schon.“*

<sup>76</sup> Zur Veranschaulichung der Datenerhebung positiver und negativer Critical Incidents werden die Ereignisse in die Untersuchungsgruppen gegliedert, dargestellt. Die Auswertung der Daten konzentriert sich jedoch nicht auf eine Unterscheidung nach positiven und negativen Critical Incidents.

<sup>77</sup> Diese Angaben bezeichnen das Interview und die Zeilen im Interview, auf die sich die Angaben beziehen (z. B. Interview Nr. 6, Zeile 82-90).

beruhigend streicheln	Die Bewohnerin wird durch das Streicheln beruhigt.
Zeit nehmen	Die Mitarbeiterin nimmt sich für die Bewohnerin Zeit und bleibt bei ihr.
hinsetzen	Die Mitarbeiterin setzt sich zur Bewohnerin aufs Bett und redet mit ihr.
Gespräch führen (Smalltalk)	<i>„Und irgendein Gespräch führ oder so. Vielleicht auch wenn's ne Sinnlosigkeit ist.“</i>
Zuneigung zeigen	Die Mitarbeiterin versucht der Bewohnerin „Zuneigung zu zeigen“.
Empfindungen vermitteln	Die Mitarbeiterin versucht ihre „Empfindungen der [Bewohnerin] rüber zu bringen“.
reden	Die Mitarbeiterin redet mit dem Bewohner und streichelt sie.
nach dem Befinden fragen	<i>„Wenn ich komme, frage ich den schon gleich mal, wie es ihm geht.“</i>
Reaktionen des Bewohners bemerken	<i>„Merkt man dann schon an der Reaktion, selbst wenn die nicht sprechen können, dass man da irgendwelche Empfindungen erhält oder Wiedergaben gibt. [...] An den Augen, am Zeigen, an den Händen, also das merkt man schon.“</i>
motivieren	<i>„Vielleicht wenn jemand so deprimiert ist oder so, den man dann so rausholen kann und motiviert.“</i>
lachen	<i>„Lachen alleine bringt schon was. Das kann ich nicht erklären, das ist halt so.“</i>
Verhalten akzeptieren	Wenn der Bewohner nicht gestreichelt werden oder allein sein möchte, geht die Mitarbeiterin wieder. <i>„Man tut das dem nicht aufzwingen.“</i>
im Vorbeigehen reden	<i>„Man geht vorbei, auch wenn man keine Zeit hat und tut ein freundliches Wort verlieren.“</i>
Bewohner in Ruhe lassen	Die Mitarbeiterin beschreibt, dass sie den Bewohner erst einmal in Ruhe und allein lässt und sich ihm dann langsam annähert.
bemerken	Die Mitarbeiterin beobachtet den Bewohner in seiner Stimmung. <i>„Man kriegt das mit. Wenn sie mit den Leuten arbeiten, sie haben ja immer nur die eine Station, dann sehen sie das einfach.“</i>
entscheiden	Die Mitarbeiterin entscheidet in Abhängigkeit von der Reaktion des Bewohners, wie sie handelt.
nachschauen	Die Mitarbeiterin schaut in das Zimmer des Bewohners, um die Situation einzuschätzen.
Stimmung sehen	<i>„Und dann sieht man einfach die Stimmung. [...] Es ergibt einfach die Situation.“</i>
<b>Ergebnisse</b>	<b>Interview-Aussagen</b>
Zufriedenheit beim Bewohner	Dem Bewohner geht es besser, er fühlt sich wohler und ist zufrieden.
Bewohner lacht	Der Bewohner lacht. <i>„Und das der mal für ne halbe Minute lacht [...] die</i>

*lachen dann halt mal wie befreiend. “*

Bewohner weinen

Die Bewohner weinen und versinken darauf wieder in ihre Depression.

Bewohner werden für kurze  
Zeit abgelenkt

*„Es immer nur ne Minutensache. Große Erfolge hat man nicht.“*

### ***Bewohner möchte Aufmerksamkeit (Nr. 2)***

Eine Mitarbeiterin beschreibt in einer positiven Situation, wie eine Bewohnerin die Aufmerksamkeit auf sich lenkt und mit der Mitarbeiterin sprechen möchte. Diese Bewohnerin freut sich, wenn die Mitarbeiterin für sie da ist, ihr zuhört und sich auch ein bisschen um sie kümmert (15, 29-31).

Die Mitarbeiterin beschreibt ihre Verhaltensweisen und die Ergebnisse der Situation folgendermaßen:

#### **Verhaltensweisen**

#### **Interview-Aussagen**

Zeit nehmen

Die Mitarbeiterin nimmt sich für die Bewohnerin Zeit und bleibt bei ihr.  
*„Weil ich weiß dass sie dann auch ... Die kann auch manchmal nicht so gut drauf sein.“*

reden

Sie spricht mit ihr.

zuhören

Die Mitarbeiterin hört der Bewohnerin zu.

Fragen stellen

Die Mitarbeiterin stellt Fragen und führt ein Gespräch mit der Bewohnerin, ihr gern etwas mitteilen möchte und einen Zuhörer benötigt.

bemuttern (kümmern)

*„Sie eben auch ein bisschen bemuttert. Das sie nicht hinten ansteht.“*

einreiben

Die Mitarbeiterin reibt die Bewohnerin ein und diese berichtet ihr, was am Tag geschehen ist.

#### **Ergebnisse**

#### **Interview-Aussagen**

Aufmerksamkeit schenken

Die Mitarbeiterin nimmt sich Zeit für die Bewohnerin. Sie hört ihr zu und spricht mit ihr.

Zufriedenheit des Bewohners

*„Das ist schon für sie ein Erfolgserlebnis, wenn dann jemand da ist, der zuhört und Fragen stellt, sie eben auch ein bisschen bemuttert.“*

### ***Freude und Umarmungen (Nr. 3)***

Vier Mitarbeiter beschreiben sechs positive Situationen, in denen *„eher die kleinen Dinge“* des Pflegealltags beschrieben werden: Bewohner freuen sich einfach und umarmen die Mitarbeiter, wenn sie das Zimmer der Bewohner betreten. Eine Mitarbeiterin wird von einer Bewohnerin geküsst, als sie diese abends ins Bett begleitet (10, 46-50; 12, 44-46; 13, 34-37; 28, 33-37).

Die Mitarbeiter beschreiben ihre Verhaltensweisen und die Ergebnisse der Situationen folgendermaßen:

<b>Verhaltensweisen</b>	<b>Interview-Aussagen</b>
drücken	Die Mitarbeiter erwidern die Umarmungen der Bewohner und drücken den Bewohner ebenfalls. <i>„Ich hab da auch keine Berührungssängste oder was. Also ich drück sie auch.“</i>
nachschauen	Der Mitarbeiter schaut beim Bewohner im Zimmer vorbei.
drücken lassen	Eine Mitarbeiterin lässt sich drücken, nachdem die Bewohnerin sie fragt, ob sie sie drücken darf.
Einreibungen	Eine Mitarbeiterin reibt den Bewohner ein. Dieser freut sich über die Einreibungen. <i>„Das sind so kleine Sachen, was alles mit der Pflege zu tun hat, wo man eben den Menschen eine Freude bringt.“</i>
Blumen versorgen	Eine Mitarbeiterin gießt und versorgt die Blumen der Bewohnerin, die sich darüber sehr freut.
lobt Bewohnerin, hat schön mitgemacht	Eine Mitarbeiterin lobt eine Bewohnerin, die mitmacht, wenn sie auf den Nachtstuhl gesetzt wird. Die Bewohnerin freut sich über das Lob.
reden	Die Mitarbeiter reden mit den Bewohnern.
Faxen machen	Ein Mitarbeiter beschreibt, dass er die Bewohner zum lachen bewegt, indem er einen Scherz äußert.
locker rangehen	Ein Mitarbeiter geht sehr locker mit der Bewohnerin um.
lachen	Der Mitarbeiter lacht die Bewohner an.
hingehen	Der Mitarbeiter geht lachend auf die Bewohnerin zu.
ins Bett bringen	Eine Mitarbeiterin bringt eine Bewohnerin ins Bett.
zuhören	<i>„Und die hat mir auch erzählt vom Vater oder von der Mutter auch irgendwie was. Und ich hatte auch ein bisschen Zeit, so dass ich ihr auch mal richtig zuhören konnte.“</i>
streicheln	Die Mitarbeiterin streicht der Bewohnerin über das Gesicht.
<b>Ergebnisse</b>	<b>Interview-Aussagen</b>
Dankbarkeit	Die Bewohner sind dankbar, wenn ein Mitarbeiter mal ins Zimmer reinschaut.
Freude	Die Bewohner freuen sich, wenn sie den Mitarbeiter sehen.
Bestätigung für den Bewohner	<i>„Das ist für sie [die Bewohnerin] erst mal dann auch Bestätigung, dass sie angenommen ist.“</i>
Beruhigung/Erledigung (des Gewissens)	Der Mitarbeiter ist beruhigt, dass sich der Bewohner freute und gedrückt wurde, weil später dafür keine Zeit mehr bleibt.

küssen	Eine Mitarbeiterin wird von der Bewohnerin, die sie ins Bett bringt, geküsst.
Mitarbeiter ist emotional bewegt	Die Mitarbeiterin fand das Ereignis geküsst zu werden bewegend: „ <i>Das war wirklich muss ich sagen bissel, wo du dann raus bist und schluckst, weil dann doch nicht aus Holz bist.</i> “

#### ***Bewohner bedanken sich (Nr. 4)***

Von zwei Mitarbeitern wird jeweils eine positive Situation beschrieben, in der sich Bewohner bei den Mitarbeitern für die durchgeführten Pflegehandlungen bedanken (14, 44-48; 16, 39-41).

Die Mitarbeiter beschreiben ihre Verhaltensweisen und die Ergebnisse der Situationen folgendermaßen:

<b>Verhaltensweisen</b>	<b>Interview-Aussagen</b>
waschen	Eine Mitarbeiterin wäscht einen Bewohner und dieser bedankt sich dafür ausdrücklich.
Gespräch führen	Eine Mitarbeiterin unterhält sich während der Pflege mit der Bewohnerin.
freundlicher Umgang	Die Mitarbeiterin spricht mit der Bewohnerin freundlich.
<b>Ergebnisse</b>	<b>Interview-Aussagen</b>
Mitarbeiter freut sich	Die Mitarbeiterin freut sich, dass die Bewohnerin über die Pflege zufrieden ist.
Bestätigung für den Mitarbeiter	Eine Mitarbeiterin sieht das Bedanken als Bestätigung für ihre Arbeit an. „ <i>Aber das ist dann für einen doch eine Bestätigung.</i> “

#### ***Friseurbesuch (Nr. 5)***

Eine Mitarbeiterin beschreibt in einer positiven Situation, wie eine demente Bewohnerin plötzlich die Mitarbeiterin fragt, ob sie an diesem Tag zum Friseur gehen kann (4, 32-40). Die Bewohnerin schließt aufgrund ihres Verfolgungswahns ihr Zimmer ständig ab und lehnt die Angebote der Pflegekräfte (z. B. zu baden oder einen Friseur aufsuchen) ab.

Die Mitarbeiterin beschreibt ihre Verhaltensweisen und die Ergebnisse der Situation folgendermaßen:

<b>Verhaltensweisen</b>	<b>Interview-Aussagen</b>
fragen	Die Mitarbeiterin fragt die Bewohnerin, ob sie zum Friseur gehen möchte, diese lehnt jedoch ab.
Gespräch	Später fragt die Bewohnerin die Mitarbeiterin, ob sie heute beim Friseur geplant sei, die Mitarbeiterin sagt daraufhin, dass sie mitgehen kann.
sofort aufnehmen und antworten	Die Mitarbeiterin reagiert sofort auf die Frage der Bewohnerin und bestätigt ihr, dass sie gehen kann. „ <i>Natürlich, [...] sie können heute sofort zum Friseur gehen [...] die Friseurin hat jetzt gerade jemanden hoch</i> “



*gebracht und wird jetzt gleich neue Leute mitnehmen.“*

bestätigen	Die Mitarbeiterin bestätigt die Bewohnerin im Gespräch: <i>„das freut mich, dass sie heute zum Friseur gehen wollen, das ist ja ganz prima.“</i>
lobt die Frisur	Die Mitarbeiterin lobt die neue Frisur der Bewohnerin, nachdem diese vom Friseur zurückkommt.

### Ergebnisse

### Interview-Aussagen

Erfolgsereignis für die Mitarbeiterin	Für die Mitarbeiterin war diese Situation ein Erfolg, da die Bewohnerin mit zum Friseur gegangen ist.
Zufriedenheit	Die Bewohnerin ist glücklich und zufrieden. <i>„Sie hat sich hinterher auch wohl gefühlt.“</i>

### **Aspirationsbeschwerden (Nr. 6)**

Von einer Mitarbeiterin wird eine negative Situation beschrieben, in der sich eine Bewohnerin, die Aspirationsbeschwerden aufweist, häufig beim Essen verschluckt und hustet. Das Essenreichen gestaltet sich dadurch besonders schwierig für die Pflegekraft (7, 40-48).

Die Mitarbeiterin beschreibt ihre Verhaltensweisen und die Ergebnisse der Situation folgendermaßen:

### Verhaltensweisen

### Interview-Aussagen

nicht vertrauen	Die Mitarbeiterin verspürt Angst, dass sich die Bewohnerin verschluckt, wenn sie ihr Essen und Getränke reicht. <i>„Man getraut sich nicht ihr eine Happen zu Essen und zu Trinken zu geben. Das macht einen in den letzten Tagen wirklich fertig.“</i>
nachdenken	<i>„Das macht einen in den letzten Tagen wirklich fertig. Man überlegt nur, was könnte man am besten mit der Frau machen, Medikamente kriegt sie sehr starke. Am besten wäre eben eine Sonde.“</i>
Gespräche	Die Mitarbeiterin muss mit den Verwandten sprechen, falls die Bewohnerin eine Magensonde bekommt.
mitfühlen	Die Mitarbeiterin verspürt Mitleid mit der Bewohnerin, wenn sie Hustenanfälle bekommt.
innerlich ruhig bleiben	Bei einem Hustenanfall bleibt die Pflegekraft ruhig, um der Bewohnerin das Gefühl der Entspannung zu vermitteln. <i>„Wenn sie merkt, dass das Gegenüber auch ruhig ist, dann kommt sie dann auch wieder zur Ruhe.“</i>
zusammenreißen	Die Mitarbeiterin beschreibt, dass sie sich „zusammenreißen“ muss, um innerlich ruhig zu bleiben

### Ergebnisse

### Interview-Aussagen

Bewohnerin atmet gleichmäßiger	Die Bewohnerin beruhigt sich wieder, der Hustenreiz lässt nach und sie atmet gleichmäßiger.
Bewohnerin beruhigt sich	<i>„Die wird dann wieder ruhig, diese Schluckstörungen oder dieses Hineinsteigern, ich erstickte oder irgend so was, das hört dann auf.“</i>

**Ausfahrten mit Bewohnern (Nr. 7)**

Es wird eine positive Situation von einem Experten berichtet, in der beobachtet wird, wie eine Mitarbeiterin (FSJ-lerin) eine Bewohnerin zur Ausfahrt vorbereitet und sie in das Foyer setzt, damit sie dort wartet, bis die Ausfahrt beginnt. Die Mitarbeiterin, die erst kurze Zeit als FSJ-lerin arbeitet, bietet der wartenden Bewohnerin ein Getränk und eine Zeitung an (2, 94-96). Die zweite positive Situation wird von einer Bewohnerin geschildert, der während der Ausfahrt übel wurde und die sich übergeben musste. Sie beschreibt, wie sich die Mitarbeiter während und nach der Ausfahrt um sie kümmerten (23, 26-38). In der dritten Situation wird folgendes negatives Ereignis von einer Bewohnerin beschrieben: Die korpulente Bewohnerin saß während der Ausfahrt neben weiteren korpulenten Bewohnern und konnte aufgrund des Platzmangels, wenn *„drei Dicke nebeneinander sitzen“*, nicht bequem sitzen und am Ziel nicht aussteigen. Daraufhin lehnte sie weitere Fahrten ab (21, 35-43).

Experte und Bewohnerinnen beschreiben die Verhaltensweisen der Mitarbeiter und die Ergebnisse der Situationen folgendermaßen:

Verhaltensweisen	Interview-Aussagen
FSJ-lerin ist ungelernt	<i>„Auch manchmal Menschen eben durchaus in der Lage sind adäquat und kompetent zu reagieren, die es nicht unbedingt auf der Schulbank gelernt haben.“</i>
Bewohner „fertig gemacht“	Die FSJ-lerin kleidet die Bewohnerin zu einer Ausfahrt an.
Bewohner ins Foyer setzen	Sie setzt die Bewohnerin ins Foyer, damit sie wartet bis sich die anderen Bewohner versammeln.
bemerken	Die FSJ-lerin bemerkt, dass die Bewohnerin allein da sitzt.
sehen	Sie sieht, dass die Bewohnerin allein im Foyer wartet.
Getränk hinstellen	<i>„Sie hat im Prinzip ein Getränk angeboten und hat ihm etwas zu lesen hingelegt.“</i>
mit Zeitung beschäftigt	Sie stellt der Bewohnerin etwas zu trinken hin und beschäftigt sie mit einer Zeitschrift.
nachdenken	Sie muss darüber nachgedacht haben, dass die Bewohnerin <i>„vielleicht das Bedürfnis irgendwie nach Beschäftigung oder nach einer netten Geste“</i> verspürt.
intensiv im Auto betreut	Unterwegs wurde die Bewohnerin im Auto intensiv betreut.
Tücher gebracht	Der Pfleger brachte der Bewohnerin Tücher.
intensiv im Heim gepflegt	<i>„Da haben mich dann die Schwestern hinterher ganz intensiv gepflegt. Das ich wieder auf die Beine komme.“</i>
Mitarbeiter ziehen die Bewohner aus und an	Die Bewohnerin wird, wieder im Heim angekommen, ausgezogen und später neu angezogen.
Mitarbeiter waschen	Die Mitarbeiter waschen die Bewohnerin bevor sie ihr neue Kleidung

Bewohnerin	anziehen.
einsteigen über Fußbank	Die Bewohnerin beschreibt, dass sie Schwierigkeiten beim Einsteigen hatte, weil die Mitarbeiter eine Fußbank hinstellen.
Mitarbeiter helfen beim Einsteigen	Die Mitarbeiter helfen der Bewohnerin beim Einsteigen in das Auto.
ungünstige Sitzordnung	<i>„Drinne ist es nun ein bisschen schlecht, weil ich bin nun ziemlich korpulent. Und nun ist es immer ungünstig, wenn drei Dicke nebeneinander sitzen.“</i>
Mitarbeiter gehen auf Fragen ein	Die Bewohnerin fragt, wo sie sich befinden und die Mitarbeiter beantworten die Frage.
Mitarbeiter beschreiben was sie sehen	Während der Fahrt beschreiben die Mitarbeiter, wo sie entlang fahren und welche Panoramen sie sehen.
<b>Ergebnisse</b>	<b>Interview-Aussagen</b>
Freude beim Bewohner	Die Bewohnerin freut sich.
Bewohner vom Weglaufen abgelenkt	Die Bewohnerin langweilt sich nicht und wird dadurch vom evtl. Weglaufen abgelenkt.
bettlägerig	Die Bewohnerin musste einige Zeit im Bett verbringen: <i>„Na ja ich kam ein paar Tage ganz zum liegen.“</i>
Nachwirkungen	Die Bewohnerin muss sich auch im Heim noch übergeben.
unangenehme Sitzposition	Die Bewohnerin beschreibt, dass sie nicht richtig sitzen konnte und im Auto schräg und eingequetscht saß: <i>„es war unangenehm, will ich mal sagen.“</i>
Bewohnerin konnte nicht aussteigen	Die Bewohnerin schildert, dass sie während der Fahrt so eingequetscht war, dass sie aufgrund dessen am Ziel nicht aus dem Auto aussteigen konnte.
Bewohnerin möchte nicht mehr mitfahren	Die Bewohnerin gibt an, einige Zeit nicht mehr mitfahren zu sein: <i>„ich hab gesagt, ich fahre nicht wieder mit, wenn so dicke neben mir sitzen.“</i>
Mitarbeiter ändern Sitzordnung	Für eine erneute Ausfahrt ändern die Mitarbeiter die Sitzanordnung: <i>„Diesmal saß eine schlanke neben mir, ganz kleine.“</i>

### ***Bewohner spielt Personal gegeneinander aus (Nr. 8)***

Von einem Experten und einer Mitarbeiterin werden zwei negative Situationen geschildert, in denen Bewohner einerseits das Pflegepersonal gegeneinander und andererseits das Pflegepersonal gegen Ärzte ausspielen. Das erste Ereignis bezieht sich auf die Beschwerde einer Bewohnerin. Diese beschwert sich über die Pflege einer Mitarbeiterin bei einer anderen Mitarbeiterin und bei der PDL. Die Mitarbeiterin und PDL bemerken dieses Verhalten und die falschen Aussagen der Bewohnerin erst, nachdem sie selbst davon betroffen sind (6, 107). Im zweiten Ereignis wird das Pflegepersonal gegen eine Ärztin ausgespielt. Darin schildert die Mitarbeiterin, dass ihr eine Bewohnerin von Schmerzen berichtet, daraufhin konsultiert die Pflegekraft die Ärztin. In der Untersuchung durch die Ärztin treten jedoch die Schmerzen der Bewohnerin nicht mehr auf (29, 46-50).

Experte und Mitarbeiterin beschreiben die Verhaltensweisen der Mitarbeiter und die Ergebnisse der Situationen folgendermaßen:

Verhaltensweisen	Interview-Aussagen
nicht glauben	„Man kann eigentlich den Bewohnern nicht so hundertprozentig alles glauben, was die sagen.“
Mitarbeiter geht zur Bewohnerin	„Also die versucht, wenn man kommt, dann sagt die ‚... och die, was die wieder mit mir gemacht hat.‘“
Beschwerde über PDL	Die Bewohnerin beschwert sich über die Pflege der Pflegedienstleitung.
sachlich erklären	Die Mitarbeiterin gibt an, mit der Bewohnerin zu reden und ihr sachlich zu erklären, dass sie den Arzt kontaktiert.
Arztbesuch veranlasst	„Das ich ja eigentlich das in die Wege geleitet habe, diesen Arztbesuch.“
überlegen	Die Mitarbeiterin fragt sich, warum die Bewohnerin bei der Untersuchung durch die Ärztin keine Schmerzen äußert.
nachdenken über Ansehen	„Die Ärztin muss ja am Ende dann denken, was will die Schwester?“
Ergebnisse	Interview-Aussagen
unzufriedene Bewohnerin	„Die Bewohnerin ist unzufrieden, weil eben angeblich nichts gemacht wurde.“
unzufriedene Mitarbeiterin	Die Mitarbeiterin ist unzufrieden, weil die Bewohnerin kein Verständnis für die Handlungen äußert, obwohl sie nicht dement ist.

### ***Beinabschnüren durch Katheter (Nr. 9)***

Eine Mitarbeiterin beschreibt ein Ereignis, dass zu negativen Folgen für sie selbst führte: Ein unruhiger Bewohner, der sich häufig selbst den Katheterschlauch entfernt, fügte sich mit dem Katheterschlauch eine Druckstelle und Blasen am Bein zu, da dieser nicht wie üblich links an seinem Bein fixiert wurde, sondern rechts und somit sein Bein abschnürte. Die Mitarbeiterin musste den Fehler, der am folgenden Morgen von den Mitarbeitern der Frühschicht bemerkt wurde, mit einer aktenkundigen Ermahnung verantworten (6, 93-99).

Die Mitarbeiterin beschreibt ihre Verhaltensweisen und die Ergebnisse der Situation folgendermaßen:

Verhaltensweisen	Interview-Aussagen
lagern	Die Mitarbeiterin lagert den Bewohner in der Nachtschicht: „also drehe die nach links, nach rechts usw. [...] Und zwar als ich den gelagert habe hatte er den Katheter rechts hängen und in der Regel hängt er aber links.“
Gespräch	Die Mitarbeiterin erfuhr vier Tage nach der Nachtschicht, dass sich der Bewohner das Bein abgeschnürte und sich dadurch eine Druckstelle und Blasen zufügte, als sie im Nachtdienst tätig war.
nicht gesehen	„Das habe ich aber nicht gesehen, weil ich dem nachts nicht die Hose runter ziehe und ich gucke auch nachts nicht unter seine Decke, was er

dort hat.“

nicht verpflichtet	Die Mitarbeiterin gibt an, dass sie dem Bewohner nachts nicht in die Hose schaut und sich dazu nicht verpflichtet fühlt.
Kontrolle	Die Mitarbeiterin schaut regelmäßig nach dem Bewohner, der immer ruhig schläft, wenn sie sein Zimmer betritt.
Schuld suchen	„Und er hat aber einen Mitbewohner im Zimmer, und der hätte ja dann auch mindestens gemerkt, dass der Mann unruhig ist. Denn wenn ich mir das Bein abschnüre schlafe ich nicht und es kann mir keiner erzählen, dass er schläft oder so schlafen kann, aber er hat geschlafen.“ Die Mitarbeiterin sucht die Schuld beim Bewohner selbst, der sich den Katheterschlauch um das Bein wickelte. Sie macht weiterhin die Mitarbeiter des Spätdienstes für den Fehler verantwortlich, die den Katheterschlauch am falschen Bein befestigten.
nicht einsehen	Die Mitarbeiterin sieht nicht ein, dass sie für den Fehler verantwortlich ist.
schreibt Stellungnahme	Die Mitarbeiterin schreibt eine Stellungnahme über den Vorfall.
dokumentieren	In der Pflegedokumentation beschreibt sie, dass sich der Heimbewohner in der betreffenden Nacht unauffällig verhielt.
Wissen	Die Mitarbeiterin gibt an zu wissen, dass sich der Bewohner den Katheterschlauch selbst um das Bein gewickelt haben muss.
<b>Ergebnisse</b>	<b>Interview-Aussagen</b>
Druckstelle, Blasen	Der Bewohner weist eine Druckstelle und Blasen am Bein auf.
Ermahnung	Die Mitarbeiterin bekam einen aktenkundigen Eintrag.
Heilung	„Der Bewohner, der hat das nicht mehr, das ist alles in Ordnung wieder. Das war schon an dem Tag in Ordnung, wo ich wieder gekommen bin.“
Situation belastet Mitarbeiterin	„Also da muss ich auch sagen, also damit habe ich mächtig zu kämpfen.“

### **Diebstahlbeschuldigung (Nr. 10)**

Die Mitarbeiterin beschreibt zwei negative Situationen im Zusammenhang mit Diebstählen in der Einrichtung. Anhand eines Ereignisses berichtet sie, dass eine Bewohnerin A eine andere Bewohnerin B des Diebstahls ihrer Kleidung beschuldigt. Die Bewohnerin A beschimpft Bewohnerin B, ihre Kleidung zu tragen. Daraufhin verlässt Bewohnerin B gekränkt den Raum. Weiterhin wird ein zweites negatives Ereignis geschildert, in der die Bewohnerin A das Pflegepersonal des Diebstahls beschuldigt. Die Mitarbeiterin berichtet, wie sich die Pflegekräfte in diesem Zusammenhang verhalten. (6, 109-114).

Die Mitarbeiterin beschreibt ihre Verhaltensweisen und die Ergebnisse der Situation folgendermaßen:

Verhaltensweisen	Interview-Aussagen
beobachtet	Die Mitarbeiterin beobachtet, wie eine Bewohnerin A eine andere Bewohnerin B beschimpft.
Gespräch	Die Mitarbeiterin führt mit der schimpfenden Bewohnerin A ein Gespräch.
ins Gewissen reden und erklären	Die Pflegekraft spricht die Bewohnerin A daraufhin an: <i>„sie soll sich mal überlegen was sie jetzt mit ihr gemacht hat“</i> und erklärt ihr, dass die Bewohnerin B nicht ihre Hose trägt. Sie weist Bewohnerin A darauf hin, dass in der Hose der Name von Bewohnerin B eingenäht ist.
zum Nachdenken anregen	<i>„Und da habe ich gesagt, sie soll mal bitte in sich gehen und mal überlegen, wie es umgedreht wäre, wenn die Frau zu ihr das sagen würde, da wäre sie bestimmt genauso traurig.“</i>
erklären	Die Mitarbeiterin erklärt der Bewohnerin A, dass das Personal sie nicht bestiehlt.
mit Angehörigen sprechen	In Gesprächen mit Angehörigen erfährt die Mitarbeiterin, dass die Bewohnerin A diese Diebstahl-Phobie auch bereits zu Hause zeigte.
lange reden	Die Mitarbeiterin gibt an, dass sie lange mit der Bewohnerin A spricht.
nicht widersprechen	<i>„Auf keinen Fall darf man dann Kontra machen. Wenn man dann Kontra macht, dann fängt die an zu weinen und dann steigert die sich noch mehr in das ganze rein.“</i>
zur Einsicht bringen	Die Mitarbeiterin schildert, die Bewohnerin A im Gespräch zu überzeugen, dass sie nicht vom Personal bestohlen werden kann, weil sie ihr Zimmer abschließt und nur sie einen Schlüssel besitzt: <i>„Und da kann niemand anderes rein und das Pflegepersonal geht nicht alleine in das Zimmer, außer sie geht mit oder sie ist drin. Dann ja, aber sonst geht niemand rein in das Zimmer.“</i>

Ergebnisse	Interview-Aussagen
Streit geschlichtet	Die Mitarbeiterin schlichtet zwischen beiden Bewohnerinnen.
Freundschaft der Bewohnerinnen	Die Bewohnerinnen sind wieder befreundet: <i>„und seitdem ich das Gespräch mit ihr geführt habe, sind sie wieder Freunde.“</i>

### ***Bereitschaft des Pflegepersonals (Nr. 11)***

Von zwei Bewohnern werden zwei positive Ereignisse und eine negative Situation im Zusammenhang mit der Bereitschaft des Pflegepersonals, sich um die Bewohner zu kümmern, beschrieben (28, 38-42; 25, 32-42, 28, 48-59).

Folgende Verhaltensweisen der Mitarbeiter und Ergebnisse der Situationen werden von den Bewohnern beschrieben:

Verhaltensweisen	Interview-Aussagen
Mitarbeiter kommt	Wenn der Bewohner klingelt, kommt ein Mitarbeiter in sein Zimmer.

Mitarbeiter macht, was Bewohner verlangt	<i>„Wenn ich heute klinge und ne Schwester brauche, na kommt sie schon und macht das was ich brauche.“</i>
Mitarbeiter ziehen Strümpfe an und aus	Die Mitarbeiter ziehen dem Bewohner die Strümpfe an und aus, wenn er ihre Hilfe benötigt.
viel Mühe geben	Eine Bewohnerin schildert, dass sich die Mitarbeiter „alle viel Mühe geben“.
angenehm machen	Die Mitarbeiter machen es der Bewohnerin so angenehm wie möglich.
Essen bringen	<i>„Sie bringen einem also das Essen und alles drum und dran.“</i>
Begleitung	Die Mitarbeiter gehen mit den Bewohnern zum Frühstücksraum.
betreuen	<i>„Wir werden also rund um die Uhr betreut.“</i>
machen alles	Die Bewohnerin schildert, dass die Mitarbeiter alles tun <i>„was nötig ist.“</i>
sprechen	Die Bewohnerin schildert, die Mitarbeiter sprechen mit ihnen.
Freundlichkeit	<i>„Abends wünschen sie uns dann noch gute Nacht und so.“</i>
nächtliche Kontrollen	Die Bewohnerin schildert, dass die Mitarbeiter auch nachts nachschauen ob alles in Ordnung ist.
Hilfe beim Anziehen	Die Mitarbeiter unterstützen die Bewohner beim Anziehen: <i>„Ja, bloß die Strümpfe muss mir die Schwester anziehen. Alles andere kann ich alleine.“</i>
Geschirr und Kleidung abholen	Die Bewohnerin schildert, dass die Mitarbeiter ihr Geschirr und die Kleidung im Zimmer abholen, weil sie es nicht mehr erledigen kann.
Pieper ist ausgeschaltet	Der Bewohner berichtet, dass die Mitarbeiter ihren Pieper auch ausgeschaltet lassen: <i>„dass die [Mitarbeiter] mit ihrem Apparat den nicht eingeschaltet haben.“</i>
Mitarbeiter hören das Klingeln nicht	Der Bewohner berichtet, dass die Mitarbeiter ihn nicht klingeln hören.
Bewohner muss warten	Der Bewohner berichtet: <i>„dann kann man eben auch mal ne viertel Stunde warten, eh jemand kommt.“</i>
Entschuldigung	Der Bewohner gibt an, dass sich die Mitarbeiter entschuldigen, das Klingeln nicht gehört zu haben.
<b>Ergebnisse</b>	<b>Interview-Aussagen</b>
Bewohner muss warten	Der Bewohner muss warten, weil die Mitarbeiter den Pieper nicht einschalten.
Bewohner schaut nach	Der Bewohner geht auf den Korridor, um zu schauen, wo die Mitarbeiter sind.
Bewohner ruft	Der Bewohner ruft nach den Mitarbeitern.

**Zuarbeit von Bewohnern (Nr. 12)**

Ein Mitarbeiter schildert in einer positiven Situation, wie er eine Bewohnerin anregt, eine neue Bewohnerin zu animieren sich an gemeinsamen Aktivitäten und in der Beschäftigung zu beteiligen (5, 55).

Der Mitarbeiter beschreibt seine Verhaltensweisen und die Ergebnisse der Situation folgendermaßen:

Verhaltensweisen	Interview-Aussagen
ansprechen	Der Mitarbeiter spricht die Bewohnerin an, sie soll die neue Bewohnerin mit in die Beschäftigung einbeziehen.
lobt ihre Mitarbeit	Der Mitarbeiter lobt die Bewohnerin, indem er ihr sagt, dass sie doch in der letzten Zeit auch so aktiv war.
animieren	Der Mitarbeiter animiert die Bewohnerin zur Zuarbeit, indem sie sich um die neue Frau kümmern soll.
beobachten	<i>„Wir haben sie selber erst mal dort hin gebracht, wo wir sie hin haben wollten. Man tut das dann ein bisschen beobachten.“</i> Die Bewohnerin wird beobachtet um dann abwägen zu können, ob sie die andere Person einbeziehen kann.
weitergeben an das Team	Die Fortschritte der Person werden in Teambesprechungen angesprochen.
auswerten	<i>„Es spricht sich auch dann rum bei Teamsitzungen, wo man dann mal einige Leute auswertet, wo man sagen kann, „... die hat sich gut eingelebt, [...] die tut sogar schon die Frau so und so jetzt ein bisschen mit anspornen, gerade Spiele-Runde „Mensch ärgere Dich nicht.““</i>
Ergebnisse	Interview-Aussagen
Zuarbeit	Dass sich die Bewohnerin um die neue Bewohnerin kümmert, wird vom Mitarbeiter als Zuarbeit und Weiterarbeit gesehen.
anspornen	Die Bewohnerin spornt die neue Frau an, sich zu beteiligen und mitzuspielen.

**Mitarbeiter versetzt sich in den Bewohner (Nr. 13)**

Zwei Bewohner schildern positive Situationen, in denen sich die Mitarbeiter in die Lage des Bewohners hineinversetzen, um sie zu verstehen. Dabei beschreibt ein Bewohner eine Situation, in der sich eine Mitarbeiterin *„mehr als nur notwendig rein versetzt“* und sich allen Bewohnern gegenüber freundlich und zuvorkommend verhält (22, 21-27). Eine Bewohnerin berichtet in einer positiven Situation, dass ihr einige Mitarbeiter Süßigkeiten schenken, sie sich mit ihnen unterhalten kann und die Mitarbeiter aufgeschlossen sind, für die Besprechung von Problemen der Bewohnerin (25, 27-33).

Folgende Verhaltensweisen der Mitarbeiter und Ergebnisse der Situationen werden von den Bewohnern beschrieben:



Verhaltensweisen	Interview-Aussagen
gleich behandeln	Der Bewohner berichtet, dass die Mitarbeiterin alle Bewohner gleich behandelt.
höflich	Die Mitarbeiterin verhält sich nach Angaben des Bewohners höflich.
zuvorkommend	Die Mitarbeiterin verhält sich nach Angaben des Bewohners zuvorkommend.
Wärme kommt rüber	<i>„Da kommt genau wie bei Herrn X [dem Zimmerkollegen] die gleiche Wärme rüber, wie bei mir.“</i>
fröhlich	„Wärme rüber zu bringen“ äußert sich nach Aussagen des Bewohners, in einem fröhlichen Verhalten der Mitarbeiterin.
Lächeln und reden	Die Mitarbeiterin lächelt den Bewohner an und redet mit ihm.
Scherze machen	Die Mitarbeiterin macht auch mal einen Scherz.
Geschenke mitbringen	<i>„Manche Schwestern bringen auch kleine Geschenke mit.“</i>
Mitarbeiter kennen die Bewohnerin	Die Mitarbeiter wissen, dass die Bewohnerin gerne nascht.
vertraute Gespräche	Die Bewohnerin kann mit den Mitarbeitern über Probleme reden.
freundlich	Die Mitarbeiter sind freundlich zur Bewohnerin.
zuhören	Die Mitarbeiter haben <i>„ein offenes Ohr“</i> für die Bewohnerin.
ermutigen	Die Bewohnerin schildert, dass die Mitarbeiter ihr Mut zusprechen.
einfühlsam	<i>„Sie merken es auch, wenn man sich mal nicht so fühlt.“</i>
nachfragen	Die Mitarbeiter erkundigen sich nach dem Befinden der Bewohnerin, wenn sie bemerken, dass sie sich nicht wohl fühlt.
lachen	Die Mitarbeiter begrüßen sie freundlich mit einem Lachen.
nicht schimpfen	Die Mitarbeiter schimpfen nicht <i>„Und schimpfen das kenne ich überhaupt nicht.“</i>
Ergebnisse	Interview-Aussagen
ernst nehmen	<i>„Die Situation ist die, wenn man ernst genommen wird mit seiner Behinderung fühlt man sich wohl und dann gedeiht man auch besser.“</i>
wohl fühlen	Der Bewohner fühlt sich wohl.
bessere Gesundheit	Der Bewohner gibt an, dass er schneller gesund wird.
selbstbewusster	<i>„Das ist wirklich so, das man sagen kann heute haste wieder ein Stück Selbstbewusstsein dazu gewonnen.“</i>
Integration	Der Bewohner fühlt sich in die Gesellschaft integriert.

wahrnehmen	Der Bewohner fühlt sich, und die Hinweise die er gibt, wahrgenommen.
Selbstvertrauen	Die Bewohnerin erlangt ihren Lebensmut und ihr Selbstvertrauen zurück.

### ***Bewohner werden bevorzugt (Nr. 14)***

Eine Mitarbeiterin beschreibt eine negative Situation, die sie bei einem Kollegen bemerkte. Sie schildert ihr Verhalten als Vorgesetzte und das des Mitarbeiters. Es handelt sich um ein Ereignis der Bevorzugung von Bewohnern durch den Mitarbeiter, der sehr beliebt ist. Die Mitarbeiterin erläutert die Schwierigkeiten, die der Kollege im Umgang mit den Bewohnern hat. Diese bestehen darin, ihnen zu erklären, dass er sich nicht um jeden Bewohner zur gleichen Zeit kümmern kann. (29, 52-54)

Die Mitarbeiterin beschreibt die Verhaltensweisen und die Ergebnisse der Situation folgendermaßen:

<b>Verhaltensweisen</b>	<b>Interview-Aussagen</b>
er möchte überall sein	<i>„Das ist der einzige Pfleger und da sind ja die Frauen immer sehr, also sie wollen immer ihn haben und er kann ja nicht überall sein.“</i>
schreiende Bewohner bevorzugt	Der Pfleger bevorzugt die Bewohner, die am lautesten nach ihm rufen <i>„und die anderen, die eigentlich hilfsbedürftig sind und ganz leise sind, die sind dann oft die letzten.“</i>
bevorzugt Bewohner	Die Mitarbeiterin gibt an, dass der Pfleger weiß, dass er keinen Bewohner bevorzugen sollte.
fällt schwer	Dem Pfleger fällt es schwer keine Unterschiede zwischen den Bewohnern zu machen.
Rat suchen	<i>„Er ist dann manchmal zu mir gekommen und hat mir das Herz bei mir ausgeschüttet wie er sich halt verhalten soll.“</i>
Mitarbeitergespräch	Die Mitarbeiterin erklärt dem Pfleger er soll mit den Bewohnern sprechen und ihnen erklären, dass er nicht überall gleichzeitig sein kann.
Rat annehmen	Der Pfleger nimmt die Hinweise der Mitarbeiterin an.

<b>Ergebnisse</b>	<b>Interview-Aussagen</b>
Streitigkeiten	Unter den Bewohnerinnen gibt es Streit, wer zuerst von dem Pfleger gepflegt und abends ins Bett gebracht wird.
Besserung durch Gespräche	Die Mitarbeiterin gibt an, dass sich durch die Gespräche mit dem Pfleger und zwischen Bewohner und Pfleger die Situation verbesserte.

### ***Mitarbeiter bringt Haustier mit (Nr. 15)***

Von einem Experten wird eine positive Situation beschrieben, in der sich eine Mitarbeiterin (FSJ-ler) für die Bewohner engagiert und ihren Hund mit in das Heim bringt, um diesen einigen Bewohnern zu zeigen (6, 101-105).

Der Experte beschreibt folgende Verhaltensweisen und Ergebnisse, die er in dieser Situation bei der Mitarbeiterin beobachtet:

Verhaltensweisen	Interview-Aussagen
reden, kommunizieren	Sie spricht mit den Bewohnern über Tiere.
nachfragen	Die Mitarbeiterin informierte sich vorher, ob sie den Hund mitbringen darf: „ <i>Hat vorher gefragt, ob sie mal ihren Hund mitbringen soll.</i> “
hat sich engagiert	Sie engagiert sich und zeigt den Bewohnern ihren Hund: „ <i>Und hat denen den Hund gezeigt und hat sich da engagiert.</i> “
ist extra gekommen	Die Mitarbeiterin kommt in ihrer Freizeit in das Heim: „ <i>Sie ist extra gekommen, natürlich nicht während der Arbeitszeit und da hat sie mal die Leute besucht mit dem Hund.</i> “
fotografieren	Sie fotografiert einen Bewohner zusammen mit ihrem Hund.
Ergebnisse	Interview-Aussagen
Foto	Es ist ein Foto entstanden, das im Zimmer des Bewohners steht.

### **Heimaufnahme (Nr. 16)**

Die Mitarbeiterin beschreibt eine für sie positive Situation der Heimaufnahme eines neuen Bewohners. Sie führt ein Gespräch mit dem Bewohner und stellt sich vor, dass sich der neue Bewohner in dem Heim wohl fühlen könnte (29, 37-41).

Die Mitarbeiterin beschreibt ihre Verhaltensweisen der Situation folgendermaßen:

Verhaltensweisen	Interview-Aussagen
vorstellen	Die Mitarbeiterin stellt sich dem Bewohner im Gespräch vor.
Gefühl haben	Die Mitarbeiterin schildert, dass sie das Gefühl wahrnimmt, der Bewohner fühlt sich aufgenommen und angenommen im Haus.
Gespräch einschätzen	Die Mitarbeiterin schätzt im Gespräch mit dem Bewohner ein: „ <i>er hat es so rübergebracht, dass er sich vielleicht hier zu Hause fühlen könnte.</i> “
erklären	Die Mitarbeiterin erklärt dem Bewohner das Umfeld. „ <i>Das was alles hier so gemacht wird, das wir auch mal Ausfahrten machen.</i> “

### **Stürze von Bewohnern (Nr. 17)**

Dieses Critical Incident wird von zwei Mitarbeitern und einer Bewohnerin berichtet. Dabei handelt es sich um zwei positive Situationen (Mitarbeiter und Bewohnerin) und um eine negative Situation, geschildert von einem Mitarbeiter. In einer positiven Situation beschreibt die Mitarbeiterin, wie depressive Bewohner nach einer Oberschenkelhalsfraktur, umgestimmt und zum laufen motiviert werden. (7, 31-35). In dem negativen Ereignis berichtet eine Mitarbeiterin, wie eine Bewohnerin (die weiß, dass sie nicht allein aufstehen darf) nachts allein aus dem Bett steigt, stürzt und sich dabei das Bein bricht (15, 38-40). In der dritten (positiven) Situation beschreibt eine Bewohnerin den Umgang mit ihr bei

Stürzen. Die Mitarbeiter kommen ihr zur Hilfe, heben sie auf und kümmern sich um die Bewohnerin (20, 42-53).

Mitarbeiter und Bewohnerin beschreiben die Verhaltensweisen der Mitarbeiter und die Ergebnisse der Situationen folgendermaßen:

Verhaltensweisen	Interview-Aussagen
motivieren zum laufen	Die Mitarbeiterin berichtet, dass sie gestürzte Bewohner in Gesprächen zum Laufen motiviert.
umstimmen	Die Bewohner müssen umgestimmt werden, damit sie das Laufen üben. <i>„Es sind auch manchmal sehr depressive Menschen dabei, die erst mal umzustimmen, dazu gehört schon viel Kraft.“</i>
Bewegungsübungen durchführen	Die Mitarbeiterin gibt an, mit den Bewohnern Bewegungsübungen und Gymnastik im Bett durchzuführen.
langsam angehen	Die Mitarbeiterin berichtet, dass die Bewohner langsam an das Laufen herangeführt werden <i>„nicht gleich so ‚wir stehen jetzt auf und machen los.‘“</i>
witzig und humorvoll rangehen	Die Mitarbeiterin gibt an, die Bewohner <i>„ein bisschen witzig und humorvoll“</i> bei den Bewegungsübungen zu unterhalten.
Bewohner kennen	Die Mitarbeiterin schildert, den Charakter des Bewohners zu kennen.
Bewohner einschätzen	Die Mitarbeiterin schildert, den Bewohner einschätzen zu können, ob dieser den Humor verträgt.
hört Bewohnerin rufen	Die Mitarbeiterin hört die gestürzte Bewohnerin rufen.
Einweisung ins Krankenhaus	Die Bewohnerin verletzt sich beim Sturz, die Mitarbeiterin muss die Verletzung einschätzen und eine Einweisung ins Krankenhaus vornehmen.
reden	Die Mitarbeiterin berichtet, dass sie mit der Bewohnerin redete.
zuhören	Die Mitarbeiterin berichtet, die Bewohnerin <i>„hat es ja auch gesagt, sie weiß, dass sie nicht aufstehen sollte.“</i>
sich Vorwürfe machen	Die Mitarbeiterin macht sich Vorwürfe: Wenn sie die Runde an einer anderen Stelle begonnen hätte, wäre der Sturz nicht passiert.
Mitarbeiterin rechtfertigt sich	<i>„Aber man kann auch bloß bei einer Bewohnerin sein, zu einem Zeitpunkt.“</i>
Bewohnerin aufheben	Die Bewohnerin berichtet, die Mitarbeiter haben sie aufgehoben.
Kontrolle des Körpers	Die Bewohnerin schildert, die Mitarbeiter <i>„Gucken, ob ich was gebrochen hab.“</i>
Bewohnerin ins Bett legen	Sie berichtet, dass sie ins Bett gelegt wird.
Bewohnerin zudecken	Sie wird von den Mitarbeitern zugedeckt.
mit Bewohnerin reden	Die Mitarbeiter reden mit der Bewohnerin.

Mitarbeiter fragen	Die Mitarbeiter fragen, wie es der Bewohnerin geht.
nach Bewohnerin sehen	Die Bewohnerin berichtet, dass immer mal wieder ein Mitarbeiter in ihr Zimmer kommt und nach ihr schaut.
Stürze nicht hinterfragen	Die Bewohner schildern: „ <i>Sie ist ja nun schon paar Mal umgeflogen. Na ich weiß auch nicht, das ist der Rollator. Der geht dann rückwärts ab.</i> “
<b>Ergebnisse</b>	<b>Interview-Aussagen</b>
Bewohner weinen vor Freude	Die Mitarbeiterin schildert, wenn die Bewohner das Laufen lernen und wieder laufen können, weinen sie teilweise vor Freude.
Bewohner lachen wieder	„ <i>Das ist schön, wenn die Leute wieder lachen können und man macht das das nächste mal wieder so.</i> “
Einweisung ins Krankenhaus	Die Bewohnerin verletzt sich beim Sturz und daraufhin nimmt die Mitarbeiterin eine Einweisung ins Krankenhaus vor.
Vorwürfe machen	Die Mitarbeiterin macht sich Vorwürfe: Wenn sie die Runde an einer anderen Stelle begonnen hätte, wäre der Sturz nicht passiert.
anhaltende Schmerzen bei der Bewohnerin	Die Bewohnerin berichtet, dass sie durch den Sturz noch Schmerzen verspürt.

### ***Eifersucht und Neid unter Bewohnern (Nr. 18)***

Es werden drei negative Situationen von drei Mitarbeiterinnen beschrieben, in denen Bewohner auf andere Bewohner eifersüchtig und neidisch sind. In einer beschrieben Situation bekommt eine demente Bewohnerin, die von Beruf Sekretärin ist, einen Schreibtisch in den Wohnbereich gestellt, worauf andere Bewohner neidisch reagieren (4, 69-75). In den zwei anderen Situationen fühlen sich Bewohner benachteiligt, weil eine andere Bewohnerin zuerst gepflegt wurde bzw. die Mitarbeiter sich intensiver um sie kümmern, weil diese Bewohnerin im Sterben liegt. Die Bewohner reagieren eifersüchtig und neidisch, weil sie annehmen, weniger Zuwendung zu erhalten (15, 32-35; 27, 34-35).

Die Mitarbeiter beschreiben ihre Verhaltensweisen und die Ergebnisse der Situationen folgendermaßen:

<b>Verhaltensweisen</b>	<b>Interview-Aussagen</b>
Möbel besorgt	Einer Bewohnerin wurde ein alter Schreibtisch in die Nische des Wohnbereichs gestellt.
Wohnbereich gestaltet	Der Schreibtisch wurde mit Zubehör ausgestattet und „ <i>und haben ihr das so ein bisschen zurecht gemacht.</i> “
hören	Die Mitarbeiterin hört wie sich andere Bewohner darüber ärgern: „ <i>eh warum wird der ein Schreibtisch hergestellt.</i> “
Begründungen suchen	Die Mitarbeiterin versucht zu ergründen, warum die Bewohner sich so neidisch und eifersüchtig verhalten und erklärt, dass es an der Demenz liegt.

erklären	Die Mitarbeiterin gibt an, mit den neidischen Bewohner zu sprechen, ihnen zu erklären warum die Bewohnerin den Schreibtisch bekommt. „Wir erklären denen das. Aber grade bei den Dementen bleibt das eben nicht hängen. Das ist am nächsten Tag dieselbe Frage wieder.“
weist auf andere Sachen hin	Sie versucht die Bewohner vom Thema abzulenken und zeigt ihnen Dinge, die für sie beschafft wurden.
eingehen	Eine Mitarbeiterin gibt an, auf die eifersüchtigen Bewohner einzugehen.
sprechen	Die Mitarbeiterin spricht mit den Bewohnern.
hingehen	Die Mitarbeiterin gibt an, zu den Bewohnern zu gehen: „und sie nicht einfach stehen lässt und weitergeht. Das man dort auch mal hin geht und mit denen spricht.“
gut unterhalten	Die Mitarbeiterin unterhält sich mit den Bewohnern, die sich benachteiligt fühlen „da muss man sich eben auch gut mit ihnen unterhalten.“
dort hin rennen	Eine Mitarbeiterin erklärt, wenn Bewohner mehr Pflege benötigen muss sie flexibler sein, weil mehr Arbeitsaufwand entsteht.
mehr gehen müssen	
reden	Die Mitarbeiterin beschreibt, dass sie mit den sich benachteiligt fühlenden Bewohnern redet und ihnen erklärt, warum die andere Person mehr Fürsorge benötigt.

**Ergebnisse****Interview-Aussagen**

Ärger legt sich	Über den Schreibtisch spricht keiner mehr, der Neid ist vergessen.
Zeitdruck	Die Mitarbeiterin gerät unter Zeitdruck, weil sie sich einerseits mehr um einen Bewohner kümmern muss und andererseits den eifersüchtigen Bewohnern erklären muss, warum sie hinten anstehen.
Stress	Die Mitarbeiterin gibt an, dass durch den Zeitdruck Stress entsteht.

***Vorstellung neuer Mitarbeiter (Nr. 19)***

Es werden zwei positive Situationen von einem Experten und einer Mitarbeiterin geschildert. Der Experte stellt im Wohnbereich inmitten einer stressigen Arbeitsphase (Mittagessen austeilen) den beschäftigten Pflegekräften eine neue Mitarbeiterin vor (1, 50-52). In der zweiten Situation wird die Mitarbeiterin während ihrer Pfllegetätigkeiten von einem neuen Kollegen begleitet, den sie dem Bewohner vorstellt. Sie erklärt dem Bewohner, warum sie der neue Kollege begleitet und bittet den Bewohner um sein Einverständnis, die Pflege durch den neuen Kollegen durchführen zu lassen (3, 36-40).

Experte und Mitarbeiterin beschreiben die Verhaltensweisen der Mitarbeiter und die Ergebnisse der Situationen folgendermaßen:

<b>Verhaltensweisen</b>	<b>Interview-Aussagen</b>
Mitarbeiter wird vorgestellt	Der Experte geht mit der neuen Mitarbeiterin in den Wohnbereich und stellt sie den Pflegekräften und Bewohnern vor.

Begrüßung von den Mitarbeitern	Das Pflegepersonal begrüßt die neue Mitarbeiterin: <i>„schönen Anfang, ich wünsche ihnen und alles Gute“; wir freuen uns, dass sie da sind“.</i>
herzlicher Empfang	Die Mitarbeiter begrüßen die neue Kollegin mit <i>„offenen Armen.“</i>
Hand geben	Die Pflegekräfte begrüßen die neue Mitarbeiterin mit einem Handschlag.
nette Worte	Die neue Mitarbeiterin wird mit netten Worten begrüßt.
mitnehmen	Die Mitarbeiterin schildert, dass sie heute ein neuer Kollege während der Pflege begleitete.
dem Bewohner vorstellen	Sie stellt den neuen Kollegen dem Bewohner vor.
vor Bewohner erklären	<i>„Und habe vor dem Bewohner alles erklärt und auch erklärt warum ich Ihn mit habe [...] dem Bewohner erklärt, dass er jetzt da ist, uns hilft, uns Arbeit abnimmt.“</i>
Bewohner nach Einverständnis fragen	Die Mitarbeiterin bittet den Bewohner um sein Einverständnis, die Pflege durch den neuen Kollegen durchführen zu lassen.
Mitarbeiter einweisen	Die Mitarbeiterin schildert, dass sie dem neuen Kollegen die Handlungen erklärt, die er durchführen muss.
im Vorfeld einweisen	Die Mitarbeiterin erklärte dem Kollegen bereits im Vorfeld welche Tätigkeiten er durchführen muss.
zurücknehmen	Die Mitarbeiterin nimmt sich während der Pflege zurück und lässt den neuen Kollegen die Tätigkeiten durchführen.
Hilfe anbieten	<i>„Habe dann immer bloß gesagt, wenn er Hilfe braucht, ich bin gleich nebenan, dann soll er rufen.“</i>
nachdenken	Die Mitarbeiterin reflektiert die Einweisung des neuen Kollegen: <i>„wenn man es den Leuten erklärt, dann geht das eben in den meisten Fällen auch klar.“</i>
Arbeitssituation reflektieren	Die Mitarbeiterin schätzt ihre Arbeit gut ein und betrachtet die Situation als ihr Erfolgserlebnis.
<b>Ergebnisse</b>	<b>Interview-Aussagen</b>
Freude, Lächeln bei den neuen Mitarbeitern	Die neue Mitarbeiterin <i>„hat dann gestrahlt, hat sich gefreut.“</i> Der ist über die Einweisung erfreut.
Bewohner ist einverstanden	Der Bewohner war einverstanden, dass die Pflegehandlungen vom neuen Kollegen durchgeführt werden.
Erfolgserlebnis für die Mitarbeiterin	Die Mitarbeiterin empfindet die Situation als Erfolg, weil sie den neuen Kollegen gut in die Arbeit einwies.
Selbstlob	Die Mitarbeiterin schätzt ihre Arbeit gut ein: <i>„Na ja, klappt ja besser, am ersten Tag, als gedacht.“</i>
keine Probleme	Die Einweisung verlief ohne Probleme.

zufriedene Mitarbeiter	Die Mitarbeiterin und ihr neuer Kollege waren zufrieden.
zufriedener Bewohner	<i>„Der Bewohner war zufrieden, dass jemand was mit ihm gemacht hat und etwas doch länger Zeit hatte.“</i>

### **Kotschmieren (Nr. 20)**

Anhand dieser negativen Situation beschreibt eine Mitarbeiterin folgendes Ereignis: Eine demente Bewohnerin, die einen Schlaganfall erlitt, beschmiert ihr Bett während der Mittagsruhe vollständig mit Kot (11, 39-45).

Die Mitarbeiterin beschreibt ihre Verhaltensweisen und die Ergebnisse der Situation folgendermaßen:

<b>Verhaltensweisen</b>	<b>Interview-Aussagen</b>
sprechen	Die Mitarbeiterin spricht mit der Bewohnerin über das Malheur und sagt ihr, dass sie gewaschen wird.
waschen	Die Bewohnerin wird gesäubert und gewaschen.
ansprechen es zu unterlassen	Die Mitarbeiterin entgegnet der Bewohnerin im Gespräch, sie soll es das nächste Mal nicht mehr tun.
verhält sich normal	Die Mitarbeiterin gibt an, sich normal in der Situation zu verhalten <i>„wie wenn es jetzt nichts wäre.“</i>
nicht schimpfen	Die Mitarbeiterin schimpft nicht mit der Bewohnerin.
erklären	Die Mitarbeiterin erklärt der Bewohnerin, dass sie nicht schön findet, dass diese das Bett beschmierte und dass sie nun gewaschen wird.
Anzug anziehen	Die Bewohnerin bekommt nachts einen Anzug angezogen, der ihr zur Mittagsruhe nicht angezogen wird.
sucht nach Begründungen	Die Mitarbeiterin versucht das Verhalten der Bewohnerin zu erklären. Die Windel stört die Bewohnerin und sie entfernt sie. Die Bewohnerin klingelt aber nicht, weil sie aufgrund der Demenz dazu nicht in der Lage ist.
aus Erfahrung handeln	Die Mitarbeiterin erklärt warum sie mit der Bewohner nicht schimpft: <i>„Es bringt ja eh nichts, muss ich mal so sagen.“</i> Die Mitarbeiterin machte die Erfahrung, dass Belehrungen der Bewohner nutzlos sind. <i>„Und die wissen eigentlich nicht, dass sie gewisse Dinge eigentlich nicht tun sollten. Denke ich mal, das ist eigentlich nicht mehr da, weil der geistige Abbau bei den meisten, der ist so fortgeschritten.“</i>
schützt sich	Die Mitarbeiterin gibt an, dass die Bewohnerin den Angehörigen mitteilen könnte, wenn sie schlecht behandelt wird: <i>„Im Gegenteil, sie kann dann, weil man weiß ja nicht wie sie noch so beschaffen sind, wie sie mit Angehörigen reden.“</i>
<b>Ergebnisse</b>	<b>Interview-Aussagen</b>
Zeitaufwand	Die Situation ist sehr zeitaufwendig und die Mitarbeiter sind eine halbe Stunde mit der Bewohnerin beschäftigt.



**Magensonde (Nr. 21)**

Eine Mitarbeiterin beschreibt in einer Situation (die sie als negativ empfindet), dass ein Bewohner, der im Sterbeprozess liegt, noch eine Magensonde bekommt und künstlich ernährt wird. Keiner der verantwortlichen Personen möchte die Entscheidung fällen, die künstliche Ernährung einzustellen und damit einem würdevollen Sterben des Bewohners zuzustimmen (14, 51-61).

Die Mitarbeiterin beschreibt ihre Verhaltensweisen und die Ergebnisse der Situation folgendermaßen:

Verhaltensweisen	Interview-Aussagen
unzufrieden	Die Mitarbeiterin ist über die Entscheidung, dass der Bewohner eine Magensonde bekommt, unzufrieden.
kritisieren	Sie kritisiert die Betreuer und Ärzte, dass keiner die Entscheidung fällt zu sagen, die Ernährung wird eingestellt.
Ärzte ansprechen	Die Mitarbeiterin spricht Ärzte und Betreuer darauf an.
erleichtern	Der Bewohner wird betreut, so <i>„Das er einfach sich wohl fühlt.“</i>
Lagerungen vermeiden	In der Endphase werden unnötige Lagerungen vermieden.
im Team besprechen	<i>„Also wir unterhalten uns auch im Team drüber und wir sind eigentlich auch alle der Meinung. Aber das sind eben immer fremde Menschen für uns.“</i>
nachdenken	Die Mitarbeiterin gibt an darüber nachzudenken, wie sie sich entscheiden würde <i>„Wer weiß wie ich mich entscheiden würde, wenn es meine Mutter wäre ...“. Ich weiß es nicht, wenn es einen persönlich betrifft, ob man dann auch sagt „Schluss jetzt damit“. Man hat ja immer die Hoffnung, dass es wieder besser wird.“</i>
Ergebnisse	Interview-Aussagen
akzeptieren	Die Mitarbeiterin gibt an, die Situation nicht ändern zu können, weil der Bewohner die Sonde meist schon vorweist, wenn er ins Pflegeheim kommt.
Frustration	Die Mitarbeiterin ist über die Situation frustriert.

**Beistand beim Sterben eines Bewohners (Nr. 22)**

Der Experte beschreibt eine für ihn positive Situation zum Umgang einer Pflegekraft mit einer sterbenden Bewohnerin. Er schildert, dass die Bewohnerin mit vielen Kissen gebettet ist und die Pflegekraft ihr unterstützend beisteht und sie liebevoll streichelt (1, 54-57).

Der Experte beschreibt folgende Verhaltensweisen und Ergebnisse, die er in dieser Situation bei der Mitarbeiterin beobachtet:

Verhaltensweisen	Interview-Aussagen
streicheln	Die Bewohnerin wird von der Mitarbeiterin liebevoll gestreichelt.

gefühlvoll	Die Pflegekraft geht gefühlvoll mit der Bewohnerin um.
lagern	<i>„Die lag auch ganz ordentlich, also die Kissen so, ganz viele Kissen gelagert. [...] Also es kann nichts drücken, liegt nicht der Kopf irgendwo in der Luft [...] richtig eingekuschelt, eingehuselt, so eine Wärme irgendwo.“</i>
sprechen	Die Pflegekraft spricht mit der Bewohnerin, auch wenn diese die Worte nicht mehr wahrnimmt.
unterstützen	<i>„Also wir sind einfach noch dort gewesen als Unterstützung.“</i>
nachsehen	Die Pflegekraft geht in das Zimmer der Bewohnerin, um nach ihr zu sehen, wie es ihr geht.
beruhigen	Die Pflegekraft spricht beruhigend auf die Bewohnerin ein und streichelt sie.
versorgen	<i>„Und die lag wirklich richtig schön versorgt im Bett und auch zufrieden [...] also das war richtig so eine Wärme.“</i>
<b>Ergebnisse</b>	<b>Interview-Aussagen</b>

Zufriedenheit Die Bewohnerin wurde unterstützend versorgt und war zufrieden.

### **Abbau bei Bewohnern (Nr. 23)**

Zwei Pflegekräfte beschreiben folgende negative Situationen: Bei Bewohnern verschlechtert sich der Gesundheitszustand und die Bewohner bauen geistig und körperlich ab. Sie verändern sich vom Pflegefall im Rollstuhl zu bettlägerigen Bewohnern, die vollständig auf die Pflege und Betreuung der Pflegekräfte angewiesen sind (5, 40-42; 18, 51-57).

Die Mitarbeiter beschreiben ihre Verhaltensweisen und die Ergebnisse der Situationen folgendermaßen:

<b>Verhaltensweisen</b>	<b>Interview-Aussagen</b>
„gute Miene“ vormachen	Ein Mitarbeiter gibt an, dass er der Bewohnerin gegenüber immer <i>„gute Miene, gutes Spiel“</i> vormacht.
motivieren	Die Bewohnerin wird motiviert.
gut zureden	Der Mitarbeiter spricht mit der Bewohnerin, um ihr Selbstvertrauen zu erhalten.
Trösten	Der Mitarbeiter gibt an, die Bewohnerin, die weint, mit Worten zu trösten.
in Rollstuhl setzen	Der Bewohner wird aus dem Bett geholt und in den Rollstuhl gesetzt, um ihm Selbstvertrauen zu geben und ihn zu erfreuen.
Gespräche	Mit dem Bewohner wird geredet.
hinnehmen	Eine Mitarbeiterin beschreibt beim Abbau dementer Bewohner, dass sie von ihren Vorstellungen abkommen müssen und die Situation einfach so

	hinnehmen wie sie ist.
nachdenken	Die Mitarbeiterin überlegt, warum sich der Bewohner so in der Situation verhält.
später versuchen	Die Mitarbeiterin geht zu einem späteren Zeitpunkt erneut zum Bewohner.
Reaktionen des Bewohners merken	<i>„Es gibt da kein Rezept. Bei manchen merkt man dann schon mal, oder mit der Zeit, wenn man sie dann kennt, auf das spricht er an, auf das wieder nicht.“</i>
<b>Ergebnisse</b>	<b>Interview-Aussagen</b>
Freude	<i>„Wissen Sie der freut sich dann so herrlich, wenn er dann draußen sitzt und auch die anderen Leuten dann wieder „...och du heute draußen, Mensch ...!“</i>
Mitarbeiter ist bewegt	<i>„Ich hab jetzt schon selber viele verfolgt, so vom Laufen, wo sie gekommen sind bis zum Rollstuhl, bis zum Liegen im Bett, bis zum Versterben eben. Das sind schon dann auch so bewegte Momente.“</i>
andere Reaktion	Der Bewohner reagiert auf anderen Wegen, als von der Mitarbeiterin erwartet.
Verhalten einschätzen	Die Mitarbeiterin gibt an, wenn sie die Biographie des Bewohners kennt, kann sie sein Verhalten einschätzen.

### **Körperpflege (Nr. 24)**

Die Mitarbeiter schildern eine positive Situation und vier negative Ereignisse im Zusammenhang mit der Körperpflege (waschen, duschen und baden) von Bewohnern. Dabei geht es um das Verhalten der Mitarbeiter in Körperpflege-Situationen von dementen Bewohnern, die sich nicht waschen und baden lassen möchten (8, 32-36; 6, 117-119; 6, 121-127; 4, 46-56; 27, 42-54). Weiterhin schildern drei Bewohner positive Situationen aus ihrer Sicht im Umgang der Mitarbeiter bei der Körperpflege (waschen und baden) (19, 39-48; 21, 27-31; 25, 44-49).

Mitarbeiter und Bewohner beschreiben die Verhaltensweisen der Mitarbeiter und die Ergebnisse der Situationen folgendermaßen:

<b>Verhaltensweisen</b>	<b>Interview-Aussagen</b>
Mitarbeiter schafft es, badet und wäscht Bewohnerin	<i>„Und ich habe es eigentlich bis jetzt immer geschafft, dass ich sie baden konnte oder dass ich sie waschen konnte.“</i>
eingehen	Die Mitarbeiterin schildert, dass sie auf die Frau eingeht.
ins Zimmer gehen	Die Mitarbeiterin geht ins Zimmer der Bewohnerin.
auf Fragen antworten	Die Mitarbeiterin antwortet auf die Frage der Bewohnerin.
reden und erklären	Die Mitarbeiterin überzeugt die Bewohnerin, die angibt sich bereits gewaschen zu haben: <i>„Da sag ich immer ,kommen Sie, wir waschen, wie machen das, ihr Waschlappen ist noch ganz trocken. Wir gehen noch</i>

*mal rein.’“*

Hilfe anbieten	Die Mitarbeiterin bietet der Bewohnerin an, ihr beim Waschen zu helfen.
Verhalten des Bewohners einschätzen	Die Mitarbeiterin schätzt das Verhalten der Bewohnerin ein: <i>„dann hat sich das eigentlich wieder gezeigt, dass die Leute einen mögen, in solchen Situationen.“</i>
nimmt Bewohnerin an die Hand	Die Mitarbeiterin schildert, dass sie die Bewohnerin an der Hand fasst und ins Bad führt.
wäscht Bewohnerin	Die Mitarbeiterin wäscht die Bewohnerin.
Angehörige einbinden	Eine Mitarbeiterin berichtet, dass sie schwierige Bewohner zusammen mit den Angehörigen wäscht, wenn diese zu Besuch kommen.
reden	Die Mitarbeiterin berichtet, dass sie mit der Bewohnerin redet.
müssen Verhalten akzeptieren	Die Mitarbeiter gestehen sich ein, dass das Verhalten der Bewohnerin mit ihrer Erkrankung zusammenhängt: Wenn die Bewohnerin nicht gewaschen werden möchte, wird sie nicht gewaschen. <i>„Und wenn sie denkt, dass sie das anhaben muss, na dann muss sie halt schwitzen. Was anderes bleibt uns dann nicht übrig.“</i>
nichts wegnehmen	Zwei Mitarbeiterinnen beschreiben, dass sie der Bewohnerin, die immer schwitzt und dick angezogen ist, auf keinen Fall die Kleidung oder die schmutzige Unterwäsche wegnehmen dürfen.
Erklärung des Verhaltens	Die Mitarbeiterin erklärt sich das Verhalten der Bewohnerin, indem sie annimmt, dass diese sich vor der Heimaufnahme auch schämte und genierte.
Pflege durch Bezugspersonen	Die Mitarbeiterin schildert, dass die Bewohnerin jetzt durch Bezugspersonen gewaschen wird.
Zuwendung geben	Die Mitarbeiterin berichtet, dass die Frau Zuwendung erhält.
Vertrauen schaffen	Die Mitarbeiterin muss das Vertrauen der Bewohnerin erreichen.
Zeit nehmen	Die Mitarbeiter berichten, dass sie sich bei der Bewohnerin Zeit für die Pflege nehmen, um das Vertrauen der Frau zu erlangen.
abwarten	Die Mitarbeiterin muss Geduld haben und abwarten, um Vertrauen zur Bewohnerin herzustellen.
nicht schimpfen	Die Mitarbeiterin beschreibt: <i>„vor allen Dingen nicht schimpfen, das bewirkt genau das Gegenteil.“</i>
schlechtes Gewissen bei den Mitarbeitern	Die Kirche ist öffentlich und wenn die Bewohnerin am Gottesdienst teilnimmt <i>„Dann haben wir manchmal ein richtig schlechtes Gewissen, sagen oh Gott, die werden wieder denken, die waschen ihre Leute nicht ordentlich.“</i>
Rechtfertigung	Die Mitarbeiter rechtfertigen sich, dass die Bewohnerin kurze Zeit nach dem Duschen wieder riecht.

Mitarbeiter ärgern sich	„Das ist schon ärgerlich auch für uns so.“
ruhig reden	„Wir versuchen immer das ruhig zu regeln, [...] in Ruhe zu reden.“
beruhigend sprechen	Die Mitarbeiterin berichtet, dass sie versucht die Bewohnerin zu beruhigen.
andere Bewohner um Verständnis bitten	Eine Mitarbeiterin gibt an, andere Bewohner um Verständnis zu bitten, sich nicht über die Bewohnerin aufzuregen.
nicht aggressiv und hektisch	„Also ganz in Ruhe, auf keinen Fall aggressiv, oder auch hektisch oder sie am Arm fassen, auf keinen Fall.“
informieren	Eine Mitarbeiterin berichtet, dass sie die Bewohnerin einen Tag vor dem Baden, über das Vorhaben informierte.
hingehen und erinnern	Die Mitarbeiterin geht am nächsten Tag zur Bewohnerin und fragt sie, ob sie sich noch an das Vorhaben zu baden erinnern kann.
reden und nachfragen	Die Mitarbeiterin berichtet, sie geht dann nochmals zur Bewohnerin und fragt ein weiteres Mal nach.
nicht bedrängen	„Aber ein drittes Mal mache ich es nicht. Weil ich finde das als Bedrängnis. Also keine Nötigung.“
über Schatten springen und sich durchsetzen	„Aber es gibt auch Situationen [mit der Körperpflege], wo man eigentlich über seinen Schatten springen muss und wo man sagen muss zum Heimbewohner das geht nicht, das kannst du nicht durchgehen lassen.“
weggehen	Wenn die Bewohnerin keine Körperpflege möchte, geht die Mitarbeiterin und lässt die Bewohnerin in Ruhe.
Gewissensbisse	Die Mitarbeiterin beschreibt, dass sie die Bewohnerin auf der einen Seite nicht zwingen möchte, sie aber auf der anderen Seite waschen muss.
Mitarbeiterin zeigt die Handlungen	Die Mitarbeiterin berichtet dass sie die Wäsche der Bewohnerin vor ihren Augen ins Zimmer bringt und abholt.
Punkt erwischen und sofort gehen	Die Mitarbeiterin gibt an, dass sie flexibel handelt und sofort reagiert, wenn die Bewohnerin einverstanden ist. „Na ja, man muss eben sehen das man eben einen Punkt erwischt, wo sie jetzt sagt, o. k. jetzt mache ich's. Und sobald sie sagt jetzt sagt sie ja, dann muss man gehen.“
nach dem Willen des Bewohners	Die Bewohnerin berichtet, dass die Mitarbeiter sie waschen und baden, wann sie möchte.
Rücken waschen	Zwei Bewohnerinnen schildern, die Mitarbeiter waschen ihnen den Rücken.
Mitarbeiter ist beim Baden dabei	Eine Bewohnerin schildert, dass der Mitarbeiter beim Baden anwesend ist.
helfen aus- und anziehen	„Die helfen mit ausziehen und wieder anziehen.“
Mitarbeiter kümmern sich	„Das bin ja nicht nur ich, sie sind ja auch für andere da. Das die alle

auch um andere Bewohner	<i>dran kommen.</i> “
gut unterhalten	Eine Bewohnerin berichtet, dass sich die Mitarbeiterin mit ihr während des Badens gut unterhält.
netter und freundlicher Mitarbeiter	Die Bewohnerin gibt an, dass die Mitarbeiterin nett und freundlich war.
Mitarbeiter sprechen mit Bewohnern (Smalltalk)	Eine Bewohnerin berichtet, dass die Mitarbeiter mit ihr über dies und jenes sprechen.
Schaumfestiger in die Haare streichen	<i>„Und dann hat die mir die in die Haare, damit sie Halt kriegen einen Schaumfestiger richtig rein gestrichen.“</i>
Haare kämmen und fönen	Die Bewohnerin berichtet, die Mitarbeiterin kämmt und fönt ihr die Haare.
Bad gestaltet	<i>„Und vor allen Dingen das Badezimmer so schön hergerichtet.“</i>
Gespräch über Badgestaltung	Die Bewohnerin schildert, dass sie und die Mitarbeiterin die Badgestaltung bewunderten und ihr die Mitarbeiterin berichtet, wer das Bad so verschönerte.

## Ergebnisse

## Interview-Aussagen

Bewohner lässt sich waschen	Die Mitarbeiterin schildert, dass sich die Bewohnerin von ihr waschen lässt.
Bestätigung für Mitarbeiterin	Die Bewohnerin kommt der Mitarbeiterin entgegen und lässt sich waschen. <i>„Bestätigt mir eigentlich immer, dass die Heimbewohner eigentlich mit mir zufrieden sind.“</i>
Bewohnerin bedankt sich	Die Mitarbeiterin erklärt, dass sich die Bewohnerin für die Körperpflege bedankt und ist zufrieden ist.
Bewohnerin riecht	Die Mitarbeiter berichten eine Bewohnerin riecht stark, weil <i>„sie kann sich nicht mehr den Hintern wischen und die müsste eigentlich klingen, wenn sie auf Toilette ist, aber da macht sie nicht.“</i>
Bewohnerin wird öfters geduscht	Zwei Mitarbeiter geben an, dass die Bewohnerin mehrmals geduscht wird. <i>„Und dann wird sie jetzt 2-mal in der Woche geduscht, aber mitunter reicht das nicht und dann muss sie eben noch mal geduscht werden.“</i>
Belastung für Bewohner und Mitarbeiter	Die schimpfende Bewohnerin wird nach Aussagen der Mitarbeiterin als Belastung von anderen Bewohnern und von den Mitarbeitern empfunden.
Aufwiegelung anderer Bewohner	Die Mitarbeiterin berichtet, dass andere Bewohner durch die Geruchs-Belästigung und das Schimpfen <i>„aufgewiegelt“</i> werden
schlechtes Gewissen bei den Mitarbeitern	Die Kirche ist öffentlich und wenn die Bewohnerin am Gottesdienst teilnimmt <i>„Dann haben wir manchmal ein richtig schlechtes Gewissen, sagen oh Gott, die werden wieder denken, die waschen ihre Leute nicht ordentlich.“</i>
Unzufriedenheit bei den Mitarbeitern	<i>„Das man eigentlich mit seiner Arbeit unzufrieden ist, am Ende, weil man es wieder nicht geschafft hat.“</i>

Besprechen der Probleme im Team	Eine Mitarbeiterin berichtet, dass die Probleme mit der Bewohnerin im Team besprochen werden.
geeignete Mitarbeiter auswählen	Eine Mitarbeiterin berichtet, um die Bewohnerin von den Bezugspersonen duschen zu lassen, wird nachgeschaut wer im Dienst eingeteilt ist und wer geeignet ist sie zu duschen. <i>„Dass es wenigstens jemand ist, die so ein bisschen ruhig sind und nicht so auf sie doll einreden. Das sie es dann irgendwo auch machen lässt.“</i>
Freude beim Bewohner	Die Bewohnerin gibt an, sich zu freuen, wenn sie von den Mitarbeitern gepflegt und betreut wird.
Suppe gegessen	Die Bewohnerin isst nach dem Baden noch eine heiße Suppe.

### ***Intimsphäre (Nr. 25)***

Der Experte beschreibt eine negative Situation, die für ihn eine schlechte Pflege charakterisiert: *„Also eine schlechte Pflege ist das mit dieser Intimsphäre.“* Er selbst begleitet Besucher von Bewohnern durch den Wohnbereich und sieht eine offene Zimmertür. In dem Zimmer wird eine Bewohnerin bei offener Tür gewaschen. Die Mitarbeiter, die die Bewohnerin waschen, unterhalten sich laut über private Themen. Der Experte schließt (unbemerkt von den Mitarbeitern) die Zimmertür und diskutiert in einem späteren Gespräch das Ereignis und das Verhalten der Mitarbeiter mit der Pflegedienstleitung und den Mitarbeitern (1, 61-69).

Der Experte beschreibt folgende Verhaltensweisen und Ergebnisse, die er in dieser Situation bei den Mitarbeitern beobachtet:

<b>Verhaltensweisen</b>	<b>Interview-Aussagen</b>
Tür offen gelassen	<i>„Die Tür offen und ob sie nackig war, das weiß ich nicht, aber die Bettdecke war weg geschlagen und das ist entwürdigend.“</i>
Bewohner waschen	Die Bewohnerin wird von den Mitarbeitern gewaschen, gebettet und gelagert.
privat unterhalten	Die Mitarbeiter unterhalten sich über private Dinge aber nicht mit der Bewohnerin, weil diese nicht mehr sprechen kann.
mit sich selbst beschäftigt	<i>„Also eigentlich mit sich beschäftigt die Mitarbeiter und nicht mit dem Bewohner, [...] eigentlich total im Gespräch.“</i>
nicht aufgefallen	<i>„Das denen das gar nicht aufgefallen ist, also das die wirklich einfach nur rein gegangen sind, zu zweit, und haben die Tür offen stehen lassen.“</i>
Bettdecke weg schlagen	<i>„Die Tür offen und ob sie nackig war, das weiß ich nicht, aber die Bettdecke war weg geschlagen und das ist entwürdigend.“</i>
nicht wahrnehmen	<i>„Gar nicht wahrgenommen, dass eigentlich jemand die Tür zugemacht hat.“</i>

<b>Ergebnisse</b>	<b>Interview-Aussagen</b>
verletzte Intimsphäre des Be-	Durch die offene Tür bei den Pflegetätigkeiten wird die Intimsphäre der

wohners	Bewohnerin verletzt. <i>„Die Tür offen und ob sie nackig war, das weiß ich nicht, aber die Bettdecke war weg geschlagen und das ist entwürdigend.“</i>
unangenehme Situation für den Bewohner	<i>„Weil das also sicher für die Bewohnerin dort richtig unangenehm war [...] und wirklich die Frau dort ausgeliefert war, jeglichen Blicken.“</i>
Gespräch mit Leitung	Der Experte spricht mit den Mitarbeitern über die Situation und erklärt ihnen, dass sie bei allen pflegerischen Tätigkeiten die Türen der Zimmer zu schließen haben.
entschuldigen	Die Mitarbeiter entschuldigen sich für ihr Verhalten beim Experten.

### ***Bewohner schimpfen und beleidigen (Nr. 26)***

Insgesamt werden neun Ereignisse diesem Critical Incident zugeordnet. Es handelt sich dabei ausschließlich um negative Situationen, wobei acht Situationen von Mitarbeitern und eine Situation von einer Bewohnerin geschildert wird. Die Mitarbeiter beschreiben Situationen mit (teilweise dementen) Bewohnern, die ständig und über alles schimpfen, *„denen kann man's nicht recht machen“* und Situationen in denen sie mit Schimpfworten von Bewohnern beleidigt werden (10, 53-57; 10, 59-61; 12, 48-55; 13, 40-45; 28, 40-48; 3, 43-49; 8, 32-34; 8, 45-49). Die Bewohnerin schildert in ihrer Situationsbeschreibung, dass die anderen Bewohner *„eben doch nicht alle so friedlich“* sind und sie von einer Nachbarin mit Schimpfworten wie *„alte Kuh“* oder *„blöde Gans“* angesprochen wird (19, 51-69).

Mitarbeiter und Bewohnerin beschreiben die Verhaltensweisen der Mitarbeiter und die Ergebnisse der Situationen folgendermaßen:

<b>Verhaltensweisen</b>	<b>Interview-Aussagen</b>
entschuldigen	Eine Mitarbeiterin beschreibt, dass sich bei der Bewohnerin entschuldig, nachdem sie ihr die falsch Suppe brachte. <i>„Aber sie hat meine Entschuldigung auch nicht akzeptiert.“</i>
Mitarbeiterin ärgert sich	Die Mitarbeiterin gibt an, dass sie sich ärgert, weil die Bewohnerin nicht auf ihre Entschuldigung eingegangen ist.
Mitarbeiter ist den Tränen nahe	<i>„Also da muss ich auch sagen, da war ich auch den Tränen nahe, weil ich wirklich mir keiner Schuld bewusst war.“</i>
andere Suppe angeboten	Die Mitarbeiter berichtet, dass sie der Bewohnerin eine andere Suppe anbietet, die sie aber ablehnt.
drüber weg sehen	Die Mitarbeiterin berichtet, dass die Bewohnerin sich auch anderen Mitarbeitern gegenüber so verhält und sie darüber hinwegsehen muss.
hinhören und drüber weg sehen	Die Mitarbeiterin beschreibt, dass sie mit den Bewohnern, die über alles schimpfen <i>„umgehen“</i> können muss, indem sie hinhört und drüber weg sieht.
Bewohnern alles recht machen	Die Mitarbeiterin schildert, dass sie den schimpfenden Bewohnern nicht alles Recht machen kann, obwohl sie alles erledigt, was diese wollen.
Bewohner akzeptieren	Die Mitarbeiter berichten, dass sie die Bewohner akzeptieren: <i>„Aber ich akzeptiere das, weil ich denke, sie weiß es nicht anders und lass sie dann.“</i>



nichts einwenden	Die Mitarbeiterin berichtet, dass sie nichts gegen die Äußerungen der Bewohner einwendet. <i>„Am Ende verstehen sie es auch nicht, bei Dementen zum Beispiel.“</i>
hingehen	Die Mitarbeiterin geht zum Bewohner hin.
Bewohner über Unrecht aufklären	<i>„Man kann dann eben nur hingehen und sagen, dass sie eben Unrecht hat, indem was sie gesagt hat, ihr das verständlich machen.“</i>
Mitarbeiterin nimmt Nachthemd weg	Eine Mitarbeiterin beschreibt, dass die Bewohnerin schimpft, wenn sie ihr beim Bett beziehen das schmutzige Nachthemd wegnimmt.
entschuldigen	Die Mitarbeiterin entschuldigt sich bei der Bewohnerin.
erklären im Gespräch	Die Mitarbeiterin erklärt der Bewohnerin, warum sie das Nachthemd mitnimmt und dass sie es wieder bekommt.
Mitarbeiter muss freundlich sein	Die Mitarbeiterin berichtet, dass sie sich der Bewohnerin gegenüber freundlich verhalten muss.
mit Bewohnern ruhig sprechen	Die Mitarbeiterin schildert, dass sie mit ungehaltenen Bewohnern ruhig spricht.
an Bewohner appellieren	<i>„Und gesagt, die sollen mal ein kleines bisschen Rücksicht nehmen.“</i>
ruhig bleiben	Die Mitarbeiterinnen berichten, auch wenn sich die Bewohner ungerecht verhalten und schimpfen, bleiben sie ruhig und schreien sie nicht an. Ein Mitarbeiter schildert, dass er sich dem Bewohner gegenüber ruhig verhält, wenn dieser <i>„frei dreht“</i> , weil das Essen später gebracht wird.
etwas klappt nicht	Der Mitarbeiter beschreibt, dass er vom Bewohner beleidigt wird, wenn bei der Pflege <i>„etwas nicht klappt“</i> oder der Bewohner unzufrieden ist.
Mitarbeiter bringt Essen zu spät	<i>„Bei dem Herrn X. braucht man nur das Essen auf den Nachttisch stellen. Und wenn das Essen ein bisschen zu spät kommt, dann dreht er eben frei.“</i>
gefallen lassen	Ein Mitarbeiter beschreibt, dass ihn ein Bewohner titulierte und beleidigt und er sich das gefallen lässt.
dastehen und schlucken	Der Mitarbeiter berichtet, er steht da und muss die Beleidigungen schlucken.
runter spielen	Der Mitarbeiter gibt an, dass er versucht die Situation <i>„runter zu spielen“</i> .
beruhigen	Der Mitarbeiter versucht den Bewohner <i>„abzumildern“</i> .
abwarten	Wenn sich der Bewohner in seine Wut hineinsteigert, wartet der Mitarbeiter ab: <i>„Dann bin ich vielleicht ruhiger zu ihm.“</i>
ruhig bleiben	Der Mitarbeiter gibt an, ruhig zu bleiben, wenn der Bewohner wütend ist: <i>„Und na ja, man muss ruhig bleiben.“</i>
später erneut hingehen	Der Mitarbeiter berichtet, dass er später erneut zum Bewohner geht,

	wenn dieser sich beruhigt.
hinnehmen	Der Mitarbeiter gibt an, dass sich eine Bewohnerin nicht von Männern pflegen lassen möchte und er das hinnimmt.
Arbeit oder Bewohner übergeben	Der Mitarbeiter berichtet, dass er die Pflege der Bewohnerin an eine weibliche Pflegekraft übergibt.
hinnehmen	Der Mitarbeiter schildert, <i>„das darf man nicht so an sich herankommen lassen“</i> , wenn der Bewohner so rabiast ist und sich die Bewohnerin nicht von ihm pflegen lassen möchte.
Mitarbeiterin lässt Bewohner schlafen	Eine Mitarbeiterin berichtet, dass sie eine Bewohnerin ausschlafen ließ, weil diese sie am Tag zu vor <i>„angeschnauzt hat“</i> , weil sie geweckt wurde.
freundlich ansprechen	<i>„Um 8 kommt sie mir über den Gang und ich sagte, ‚oh das ist aber schön das sie schon aufwachen und aufgestanden sind von alleine.‘ Und da werde ich wieder angeschnauzt weil ich sie hab schlafen lassen.“</i>
im Gespräch erklären	Die Mitarbeiterin gibt an, die Bewohnerin anzusprechen und zu erklären, dass sie annahm, sie wollte ausschlafen.
lässt sich nichts anmerken	Die Mitarbeiterin berichtet, dass sie sich der Bewohnerin gegenüber den Ärger nichts anmerken lässt.
geht zu anderem Bewohner	Die Mitarbeiterin schildert, dass sie erstmal zu einem anderen Bewohner geht.
kennt Bewohnern	Die Mitarbeiterin berichtet, dass sie ihre Bewohner kennt und sie ihr Verhalten in vielen Situationen erlebte.
schlucken	Die Mitarbeiterin beschreibt, dass die nur schlucken kann. <i>„Und dann sagt man sich, entweder schluckst du es und dann reicht es. Wir müssen vieles schlucken.“</i>
in Ruhe erklären	Die Mitarbeiterin berichtet, dass sie der Bewohnerin in Ruhe erklärt, warum sie diese Bewohnerin zuerst pflegt oder zuletzt.
nicht mehr hinhören	Eine Mitarbeiterin schildert, dass sie nach 2-3-mal ruhiger Erklärung nicht mehr zuhört: <i>„dann höre ich einfach nicht mehr was sie schimpfen, weil es wird immer geschimpft.“</i>
Mitarbeiter denkt sich, macht alles falsch	Eine Mitarbeiterin berichtet, dass sie alle Tätigkeiten aus Sicht der Bewohner falsch erledigt. Eine andere Mitarbeiterin schildert wann auch immer sie den Bewohner pflegt, an erster oder letzter Stelle, es ist nie korrekt.
wegstecken	Eine Mitarbeiterin berichtet, dass sie das Schimpfen der Bewohner wegsteckt.
auf Schimpfen einstellen	Eine Mitarbeiterin schildert, dass sie sich bei einigen Bewohnern schon auf das Schimpfen einstellt, bevor sie die Arbeit beginnt. <i>„Wo man sich eigentlich schon darauf einstellt und dann froh ist, wenn mal ein Tag nicht ganz so ist, mit Schimpfen.“</i>
forscher Ton	Eine Mitarbeiterin berichtet, dass sie den Bewohnern ruhig erklärt und

	wenn das nicht hilft dann „auch mal etwas im forschendem Ton, aber alles noch angemessen“ mit den Bewohnern spricht.
Bewohner schimpfen lassen und nicht darauf eingehen	Eine Mitarbeiterin schildert, wenn der Bewohner nicht auf den forschenden Ton reagiert „dann sage ich nichts mehr dazu. Dann denke ich mir musste halt schimpfen, das bringt nichts.“
denken, Erklären bringt sowieso nichts	Die Mitarbeiterin gibt an, sich zu denken, dass die Erklärungen nutzlos sind und sie den Bewohner schimpfen lässt.
nichts mehr sagen	„Ich erkläre es noch mal und ich sage dann auch mal etwas im forschendem Ton, aber alles noch angemessen und dann sage ich nichts mehr dazu.“
erklärt	Die Mitarbeiterin erklärt, dass Bewohner pflegebedürftiger sind als andere und deshalb die ihre Pflege benötigen.
Bedürfnis des Bewohners nicht hinterfragt	Die Mitarbeiterin schätzt ein, dass eine Bewohnerin ihre Unterstützung nicht benötigt, weil sie sich alleine beschäftigen kann.
priorisieren lernen	Die Mitarbeiterin berichtet, dass pflegebedürftige Bewohner ihre Zuwendung dringender benötigen und selbständige Bewohner weniger Zuwendung bekommen.
wegstecken	Die Mitarbeiterin steckt es weg, wenn selbständige Bewohner, die weniger Zuwendung bekommen, schimpfen.
nicht aufregen	Eine Mitarbeiterin berichtet, wenn sie von einem Bewohner beschimpft wird, regt sie sich nicht auf „Das man das nicht auf die Goldwaage nimmt, [...] das Krankheitsbild ist eben so.“
beherrschen	Die Mitarbeiterin gibt an, sie beherrscht sich und belässt es dabei.
reden	Die Mitarbeiterin schildert, dass sie mit dem Bewohner spricht.
verschieben	Wenn die Bewohnerin nicht möchte, verschiebt die Mitarbeiterin die Tätigkeit auf den nächsten Tag.
weggehen	Die Mitarbeiterin gibt an, sie lässt die Bewohnerin stehen und geht weg.
im Gespräch zurechtweisen	Eine Mitarbeiterin berichtet, dass sie die Bewohnerin zurechtweist, mit ihr nicht in dieser Art zu sprechen.
nicht nachtragen	Die Mitarbeiterin schildert, dass sie sich dem Bewohner gegenüber nicht nachtragend verhält.
nimmt Abstand zum Bewohner	Die Mitarbeiterin berichtet, dass sie einem Bewohner gegenüber, der sehr böse werden kann, lernte Abstand zu halten.
schickt Bewohner weg	Die Mitarbeiterin gibt an, dass sie dem Bewohner andeutet er soll gehen.
schroff die Meinung sagen	Die Mitarbeiterin gibt an, dem Bewohner „schroff die Meinung zu sagen.“
Mitarbeiterin kontert im Gespräch	Die Mitarbeiterin schildert, sie begegnet ihm im Gespräch auf die gleiche Art und Weise, wie der Bewohner sie anspricht.
Mitarbeiterin redet nicht mehr	Die Mitarbeiterin berichtet, wenn sich der Bewohner besonders schlimm

mit Bewohner	ihr gegenüber verhält, redet sie nicht mehr mit ihm.
bemerken	Die Bewohnerin schildert, dass sie den Pflegekräften die Beleidigungen nicht direkt schildert, diese die Beschimpfungen aber mitbekommen.
Mitarbeiter werden beschimpft	Die Bewohnerin berichtet, dass die Bewohner auch die Pflegekräfte beschimpfen. <i>„Weil die es ja zu der Pflege, zu denen auch sagen.“</i>
souverän verhalten	Die Mitarbeiter verhalten sich souverän, wenn sie beschimpft werden.
gefallen lassen	Die Bewohnerin schildert, dass sich die Mitarbeiter die Beschimpfungen gefallen lassen. <i>„Man muss sich wirklich wundern, dass sie sich das gefallen lassen.“</i>

### Ergebnisse

### Interview-Aussagen

Mitarbeiterin ärgert sich	Die Mitarbeiterin gibt an, dass sie sich ärgert, weil die Bewohnerin nicht auf ihre Entschuldigung eingegangen ist. Eine Mitarbeiterin ärgert sich, weil sie von der Bewohnerin an zwei Tagen hintereinander beschimpft wurde. <i>„Das kommt mir so ein bisschen hoch.“</i>
Mitarbeiter ist den Tränen nahe	<i>„Also da muss ich auch sagen, da war ich auch den Tränen nahe, weil ich wirklich mir keiner Schuld bewusst war.“</i>
Bewohner schimpft	Die Mitarbeiterin beschreibt, dass die Bewohnerin im Speiseraum lauthals schimpfte.
erkennt, dem Bewohner nichts wegnehmen	<i>„Man darf ja auch nichts wegnehmen, da die ja gleich ganz grilling, das soll man ja auch nicht.“</i>
erkennt, mit Bewohner reden	<i>„Und wenn man mit den Bewohnern ordentlich spricht, dann geht das okay.“</i>
Mitarbeiter ist genervt	<i>„Wenn dem irgendwas verkehrt kommt, kann der tierisch beleidigend sein. Und da muss ich mal sagen, das geht einem dann schon auf die Ketten.“</i>
Bewohner ist aufgebracht	Der Bewohner ist aufgebracht.
Mitarbeiter denkt sich, macht sowieso alles falsch	Eine Mitarbeiterin berichtet, dass sie alle Tätigkeiten aus Sicht der Bewohner falsch erledigt. Eine andere Mitarbeiterin schildert wann auch immer sie den Bewohner pflegt, an erster oder letzter Stelle, es ist nie korrekt.
Bewohnerin beruhigte sich	Die Mitarbeiterin sieht, dass sich die Bewohnerin später wieder beruhigt.
schlucken	Die Mitarbeiterin schildert, dass die nur schlucken kann. <i>„Und dann sagt man sich, entweder schluckst du es und dann reicht es. Wir müssen vieles schlucken.“</i>
im Team besprechen	Die Mitarbeiterin berichtet, dass sie schlimme Tage mit Bewohnern im Team besprechen.
Mitarbeiter geben den Bewohner ab	Ein Mitarbeiter gibt an, dass er die Pflege der Bewohnerin an eine weibliche Pflegekraft übergibt. <i>„Und wenn jetzt wirklich irgendwas war, wo zwei, drei Tage lang die Bewohnerin immer auf einem rumhackt, haben wir die Möglichkeit zu sagen, weißt du was, geh du heute mal rein,</i>

*ich kann die heute nicht ersehen’.*“

fluchen	Eine Mitarbeiterin berichtet, dass sie im Auto flucht, wenn der Tag besonders belastend war.
Bewohner sind still	Eine Mitarbeiterin schildert, wenn sie nicht mehr mit den Bewohnern redet, sind diese dann auch erstmal einige Stunden still.
nachdenken	Eine Mitarbeiterin denkt sich: <i>„sie waren früher schon nicht anders. [...] Die waren bestimmt immer unzufrieden im Leben und das ändern wir nicht mehr.“</i>
erkennt, erzählen ist zwecklos	Eine Mitarbeiterin berichtet, dass diskutieren mit dem Bewohner nicht zielführend ist, sondern sie dadurch noch unzufriedener werden.
priorisieren lernen	Die Mitarbeiterin berichtet, dass pflegebedürftige Bewohner ihre Zuwendung nötiger haben und selbständige Bewohner weniger Zuwendung bekommen. Das diese Bewohner dann schimpfen, das steckt sie weg.
Abstand zum Bewohner halten	Eine Bewohnerin berichtet, bevor sie selbst unzufrieden nach Hause geht, lässt sie das Schimpfen nicht an sich herankommen und hält zum Bewohner Abstand.
Bewohner vergisst die Situation	Die Mitarbeiterin schildert, dass die Bewohner die Situation und das Gespräch wieder vergessen. <i>„Sie kommt dann auch nicht wieder, sie geht dann auch nicht wieder drauf ein.“</i>
Beschimpfung vergessen	Die Mitarbeiterin berichtet, dass sie nicht nachtragend ist und die Beschimpfungen vergisst.
Bewohner ist wieder zufrieden	Die Mitarbeiterin gibt an, die Bewohnerin ist zufrieden.
Bewohner provoziert immer wieder	Eine Mitarbeiterin berichtet, dass sie immer wieder von einem Bewohner provoziert wird.
Mitarbeiter ist mutlos	Die Mitarbeiterin schildert, sie hatte am Anfang ihre Schwierigkeiten, wenn sie in das Zimmer des Bewohners musste.
Mitarbeiterin redet nicht mehr mit Bewohner	Die Mitarbeiterin berichtet, wenn der Bewohner besonders schlimm zu ihr ist, spricht sie nicht mehr mit ihm.
Bewohner entschuldigt sich	Die Mitarbeiterin beschreibt, wenn sie den Bewohner im Gespräch zurechtwies, entschuldigte sich dieser.
Bewohnerin muss wegstecken	Die Bewohnerin beschreibt, dass sie die Beschimpfungen der anderen Bewohnerin einsteckt und wegsteckt.
Bewohnerin hält sich zurück	Die Bewohnerin gibt an, dass sie sich zurückhält, wenn sie beschimpft wird.
Bewohnerin ignoriert andere Bewohner	Die Bewohnerin ignoriert die andere Bewohnerin. <i>„Und tu mich nicht mehr befassen mit der.“</i>

### ***Bewohner schreit (Nr. 27)***

Eine Mitarbeiterin beschreibt ein negatives Ereignis mit einer Bewohnerin, das sich während ihrer Nachtschicht ereignete. Die Bewohnerin schreit oft mitten in der Nacht

sehr laut und die Mitarbeiterin beschreibt ihre Schwierigkeiten, sie zu beruhigen. Sie rief daraufhin den Rettungsdienst und als dieser eingetroffen war, beruhigte sich die Bewohnerin (16, 44-52).

Die Mitarbeiterin beschreibt ihre Verhaltensweisen und die Ergebnisse der Situation folgendermaßen:

Verhaltensweisen	Interview-Aussagen
versucht mit Worten beruhigen	Die Mitarbeiterin versucht die Bewohnerin mit Worten zu beruhigen.
Pfleger hinzuziehen	Nachdem das Beruhigen der Bewohnerin nicht wirkt, ruft die Mitarbeiterin den Pfleger des anderen Wohnbereichs, um ihr zu helfen.
resolut verhalten	<i>„Habe ich dann die obere Pflegekraft runtergeholt und das war zufällig ein Mann. Und dann hab ich gedacht, vielleicht kann der dann man ein bisschen resoluter sein.“</i>
mit kräftiger Stimme reden	Der Pfleger sollte die Bewohnerin mit kräftiger Stimme veranlassen, mit dem Schreien aufzuhören. Das half nicht.
Rettungsdienst anrufen	Sie wusste keinen anderen Rat, als den Rettungsdienst anzurufen.
nachdenken	<i>„Und als die dann da waren, war dann gut, da war sie ruhig. Da hab ich mir dann auch gedacht, dass hättest du dann auch sparen können.“</i> Sie überlegt, dass die Bewohnerin sich nicht beruhigt hätte, wenn sie nicht den Rettungsdienst alarmiert hätte.
vor der Tür lauschen	Die Mitarbeiterin gibt an, vor der Tür gestanden und gelauscht zu haben, als der Rettungsdienst wieder weg war.
Sorgen um andere machen	<i>„Man macht sich ja Sorgen um die anderen Leute, nachts um 2, wenn da jemand anfängt zu schreien wie am Spieß. Die Anwohner wohnen nämlich hier auch gleich daneben.“</i>
Ergebnisse	Interview-Aussagen
ärztliche Behandlung	Die Bewohnerin ist in ärztlicher Behandlung beim Nervenarzt und weist noch immer Probleme in diesen Zusammenhang auf.
Bewohnerin schreit nicht mehr	Die Bewohnerin hört mit dem Schreien auf, als viele Menschen um sie herum stehen (Pflegepersonal und Rettungsdienst). <i>„Und jetzt lässt sie [die Bewohnerin] sich zur Zeit öfter mal fallen. Das ist der neueste Dreh. Um auf sich aufmerksam zu machen.“</i>
belastend für die Mitarbeiterin	Die Mitarbeiterin gibt an, dass es für sie eine belastende Situation darstellt, wenn die Bewohnerin nachts schreit und eigentlich Ruhe sein sollte.

### **Bestimmende Bewohner (Nr. 28)**

Von einer Mitarbeiterin wird folgende negative Situation mit einer bestimmenden Bewohnerin beschrieben: Die Bewohnerin ist von Beruf Ärztin und bestimmt (entsprechend ihres früheren Berufsverständnisses) die Arbeit der Pflegekräfte im Heim. *„Da haben wir wirklich*

welche die bestimmend sind. Tja und da kann man nichts machen. [...] Ich kann mich noch daran erinnern, wir hatten mal eine Heimbewohnerin, die war Arzt gewesen. Und die hat eben gesagt, so und so wird gemacht. ‚Wir haben das immer so gemacht und da wird das so gemacht.‘ Na was will man da machen? Erst mit dem Tag wo sie so schwach gewesen war, ihre Sinne waren nicht mehr so richtig, [...] da musste sie sich das praktisch so machen lassen wie wir es machen. Da ging kein Weg rein Inkontinenzmaterial anzulegen, das wurde weggeschmissen ‚... ich brauche das nicht ....‘ Sie hat zwar mitgekriegt das Bett war alles nass, die Wäsche war nass. Aber das war sie nicht, das war ein anderer. (26, 53-55).

Die Mitarbeiterin beschreibt ihre Verhaltensweisen und die Ergebnisse der Situation folgendermaßen:

#### Verhaltensweisen

#### Interview-Aussagen

hilflos

Wenn die Bewohnerin auf ihrem Willen besteht, müssen das die Pflegekräfte akzeptieren. „Na was will man da machen?“

setzt Körperpflege durch

Als die Bewohnerin nicht mehr in der Lage war sich zu äußern, „da musste sie sich das praktisch so machen lassen wie wir es machen.“

nicht schimpfen

Die Mitarbeiterin gibt an, nicht mit der Bewohnerin zu schimpfen, wenn sie ihr Bett beschmutzt.

viel reden

Sie schildert, dass sie viel mit der Bewohnerin spricht: „ich sage dann ‚... na ja hier ist es nass, das müssen wir sauber machen, zum Glück haben wir eine Waschmaschine.‘“

Situation überspielen

Die Mitarbeiterin schildert, dass sie mit Sprüchen in der Situation mit der Bewohnerin redet: „Ich rede nicht auf sie ein, ich sage bloß immer ‚... es ist nass, na ja die Putzfrau will was zu tun haben, na dann wischt sie eben hier auf. Oder ... die Waschmaschine hat schon lange keine Wäsche mehr.‘“

Sprüche machen

nicht streiten

Wenn die Bewohnerin ihr Verhalten leugnet, darf die Mitarbeiterin nicht mit ihr streiten. „Man kann dann eben auch nicht streiten. Weil sich das einfach nicht rein streiten lässt.“

Bewohner mit Kindern  
vergleichen

Die Mitarbeiterin vergleicht das Verhalten der Bewohnerin mit dem kleiner Kinder, die auch ihre Fehler nicht zugeben.

Pflegetätigkeit mit Arbeit im  
Kindergarten vergleichen

Die Mitarbeiterin schildert, dass die Arbeit in der Pflege, ähnlich wie im Kindergarten erfolgt „Manchmal könnte man denken, man ist hier wie in so einem Kindergarten wo man kleine Kinder praktisch jetzt hier aber vom Nassen ins Trockene haben will.“

#### Ergebnisse

#### Interview-Aussagen

Bewohnerin lässt sich gehen

Als die Bewohnerin ihre Sinne kontrollieren nicht mehr kann, gibt Sie den Widerstand auf.

Inkontinenzmaterial weg-  
schmeißen

Die Bewohner entfernt sich das Inkontinenzmaterial.

Bewohnerin leugnet ihr Verhalten

Die Bewohnerin leugnet, dass sie inkontinent ist. Der Stuhl oder das Bett wurde von einer anderen Person benässt.

### **Validieren eines unzufriedenen Bewohners (Nr. 29)**

Der Experte beschreibt folgende positive Situation in der Pflege, die er beobachtete: Eine Bewohnerin mit dem Krankheitsbild mittlere Demenz reagiert über die „*Thematik Kindergarten, die Bewohnerin wollte da Ihre Tochter aus dem Kindergarten holen*“ unzufrieden und ärgerlich und lässt ihren Frust an der Pflegekraft aus. Die Pflegekraft geht gefühlvoll und validierend<sup>78</sup> auf die Bewohnerin im Gespräch ein, begibt sich auf die Ebene der Bewohnerin und führt sie so aus der schwierigen Situation heraus (2, 77-83).

Der Experte beschreibt folgende Verhaltensweisen und Ergebnisse, die er in dieser Situation bei der Mitarbeiterin beobachtet:

<b>Verhaltensweisen</b>	<b>Interview-Aussagen</b>
gefühlvoll	Die Mitarbeiterin geht gefühlvoll auf die Bewohnerin ein.
kommunizieren	Die Mitarbeiterin spricht mit der Bewohnerin.
im Gespräch validieren	Die Mitarbeiterin führt ein validierendes Gespräch indem sie sich auf die geistige Ebene der dementen Bewohnerin begibt. Die Mitarbeiterin greift das Thema Kindergarten auf und „ <i>versucht über die Validation, also sprich, zu sagen, die Wertschätzung zu sagen: ‚Schweres Arbeitsleben gehabt, Kinder groß gezogen, sehr viel Gutes an den Kindern gemacht‘ und hat im Prinzip die Bewohnerin dadurch rausgeführt aus der Thematik, die bestand: ‚Ich will weg, mein Kind aus dem Kindergarten holen!‘</i> “.
ruhig eingehen	Die Mitarbeiterin geht ruhig auf die Bewohnerin ein und reagiert nicht emotional.
aktiv zuhören	Die Mitarbeiterin hört der Bewohnerin zu und bestätigt ihre Worte im Gespräch.
Bewohner ernst nehmen	Der Bewohnerin wird Wertschätzung vermittelt und sie bekommt das Gefühl vermittelt, ernst genommen zu werden.
Gefühl der Wertschätzung vermitteln	„ <i>Hat im ersten Teil durch aktives Zuhören die Bewohnerin bestätigt, also der das Gefühl der Wertschätzung vermittelt.</i> “

---

<sup>78</sup> Der Begriff Validation bzw. validieren wird in den nachfolgenden pflegerischen Zusammenhängen nicht mit dem Begriffsverständnis von Validation der empirischen Forschung gleichgesetzt. Validation bzw. validieren eines Bewohners stellt eine besondere kommunikative Verhaltensweise im Umgang mit demen-ten und verwirrten Bewohnern dar. Validation kennzeichnet, dass sich Pflegekräfte in die Schilderungen und das Verhalten von dementen Bewohnern hineinversetzen (sich in die „Welt“ und auf die „Entwick-lungsstufe“ der Bewohner begeben) und sie in ihren Verhaltensweisen und Erzählungen durch validieren-de Gespräche bestätigen. Dieser Umgang ist insofern von Bedeutung, da demente und verwirrte Bewoh-ner häufig unter räumlichen, zeitlichen, personellen und situativen Orientierungsstörungen leiden und somit verwirrt, ängstlich aber auch aggressiv auf für sie unbekannte, jedoch alltägliche Situationen reagieren können.



Bewohner bestätigen	<i>Hat im ersten Teil durch aktives Zuhören die Bewohnerin bestätigt, also der das Gefühl der Wertschätzung vermittelt. “</i>
Validation anwenden	<i>„Und man gemerkt hat, dass doch unser Schulungsansatz von uns und den Mitarbeitern auch umgesetzt werden kann, sich auf die Ebene des Dementen zu begeben und dort das validierende Gespräch zu führen, [...] dass da eine fachliche Kompetenz bei der Validation da ist, die den Bewohner aus der für ihn unangenehmen Situation raus führt und dort auch ein Geländer gibt. “</i>

**Ergebnisse****Interview-Aussagen**

die Bewohnerin verliert das Thema	Die Mitarbeiterin führt die Bewohnerin im Gespräch aus der Situation heraus zu einem anderen Thema.
die Bewohnerin geht Kaffee trinken	<i>„Ergebnis war, dass die Mitarbeiterin die Bewohnerin bewegen konnte, zum Kaffeetrinken zu gehen. “</i>
die Bewohnerin ist ruhig und zufrieden	<i>„Also ein Stück Zufriedenheit und Ruhe für die Bewohner zu bringen.“</i>

**Kritisierender Bewohner (Nr. 30)**

Der Experte beschreibt eine negative Situation, die sich zwischen einer Pflegekraft und einem Bewohner ereignete. Ein Bewohner kritisiert eine Pflegesituation, daraufhin fühlt sich die Pflegekraft persönlich angegriffen. Sie erklärt dem Bewohner „rau“ und ungehalten, dass er sich irrt und sich die Situation anders darstellt, als er sie einschätzt (2, 86-92).

Der Experte beschreibt folgende Verhaltensweisen und Ergebnisse, die er in dieser Situation bei der Mitarbeiterin beobachtet:

**Verhaltensweisen****Interview-Aussagen**

reagiert barsch und rau	Die Pflegekraft reagiert barsch und laut auf den Bewohner, weil sie sich angegriffen fühlt. <i>„Sie hat ihm recht rau klargemacht, dass er dort wahrscheinlich einer Falschwahrnehmung unterliegt und die Situation anders sei, als er sie eingeschätzt hat.“</i>
geht auf Bewohner zu	<i>„Und da sie eine stattliche, große Statur darstellt, ist, hat, ist Sie auf Ihn zugegangen.“</i>
spricht laut mit Bewohner	Die Mitarbeiterin diskutiert mit dem Bewohner. <i>„Sie hat Ihn nicht angeschrien, aber man hat auf jeden Fall gemerkt, der emotionale Türöffner für die Kommunikation hat gefehlt.“</i>
kommuniziert emotional	<i>„Und die Emotion, die in dem Gespräch lag, das ist eigentlich das Unschöne gewesen. [...] Die Mitarbeiterin hat Ihre Emotionen ein Stückweit nicht unter Kontrolle gehabt.“</i>
fehlende Wertschätzung	Die Mitarbeiterin tritt nicht wertschätzend gegenüber dem Bewohner auf.

**Ergebnisse****Interview-Aussagen**

Bewohner diskutiert auch emotional	<i>„Somit war dann auch inhaltlich nicht viel zu machen, im Gespräch. Da sich der Bewohner sich dann auch emotional verhalten hat.“</i>
------------------------------------	---

keine Problemlösung	Das Problem konnte in diesem Gespräch nicht gelöst werden.
Frust	Mitarbeiterin und Bewohner gehen frustriert auseinander.
Beschwerde	Der Bewohner beschwert sich bei der Heimleitung über das Gespräch mit der Mitarbeiterin.
Vermittlung im Gespräch mit Heimleitung	Im Gespräch mit der Heimleitung konnten Pflegekraft und Bewohner ihre Sichtweisen darstellen. Der Bewohner wurde mit seiner Kritik ernst genommen und beide Seiten konnten den Konflikt lösen.

### ***Bewohner schikanieren Mitarbeiter (Nr. 31)***

Eine Mitarbeiterin beschreibt eine negative Situation mit Bewohnern, die sehr unzufrieden mit sich selbst oder den Angehörigen sind und diese Unzufriedenheit an den Mitarbeitern auslassen. Sie versuchen die Mitarbeiter zu schikanieren und immerzu auf „*Trab [zu] halten, banale belanglose Sachen [zu] fordern*“, obwohl sie noch fähig sind, einige Handlungen, wie sich zu waschen, selbständig auszuführen. (17, 37-45).

Die Mitarbeiterin beschreibt ihre Verhaltensweisen und die Ergebnisse der Situation folgendermaßen:

<b>Verhaltensweisen</b>	<b>Interview-Aussagen</b>
reden	Die Mitarbeiterin spricht die Bewohner an, sich selbst zu waschen, da sie das können: <i>Dass sie doch bestimmte Sachen, Intimbereich oder so sich selbst dann waschen.</i> “
Bewohner teilweise waschen	Die Mitarbeiterin gibt an, die Bewohner beispielsweise „ <i>hinten rum</i> “ zu waschen, aber den Intimbereich können sie selbst waschen.
Bewohner anregen	Sie schildert, dass sie versucht die Bewohner zum Waschen anzuregen.
Bewohner auf Fehler hinweisen	Die Mitarbeiterin schildert, dass sie nicht alles stillschweigend hinnimmt, sondern die Bewohner auf ihre Fehler hinweist.
erklären	Die Mitarbeiterin spricht mit den Bewohnern und macht ihnen klar, dass sie diese anregen möchte, sich selbst zu waschen.
vorsorgen	„ <i>Ich sehe das manchmal so, wenn man sehr alles macht, die stellen sich dann nur noch hin und machen gar nichts mehr. Und da sage ich mir, im Intimbereich als Frau, wenn sie noch gesunde Hände und auch so noch gut sind, das könne sie sich doch vorne selbst machen.</i> “ Die Mitarbeiterin gibt an, dass es wichtig ist, dass die Bewohner Handlungen nicht verlernen.
Bewohner fordern	Die Bewohner werden gefordert, damit sie wissen, welche Handlungen sie noch selbst ausüben können.
Zeit nehmen	Die Mitarbeiterin gibt an, dass sie sich Zeit nimmt und Geduld haben muss, damit sich die Bewohner selbst waschen können.
lobt die Mitarbeit	Wenn die Körperpflege gut funktioniert, lobt die Mitarbeiterin die Bewohner.

drücken	Die Bewohner werden gedrückt „ <i>ich drücke sie dann, sage ich ... man das war wieder super, was sie da gemacht haben</i> “.
---------	---

**Ergebnisse****Interview-Aussagen**

Erfolgserlebnis für die Bewohner	Für die Bewohner sind eigene Handlungen der Körperpflege kleine Erfolgserlebnisse, die die Mitarbeiterin durch lobende Worte unterstreicht.
----------------------------------	---

**Integrieren eines sturen Bewohners (Nr. 32)**

Ein Mitarbeiter berichtet über eine positive Situation, in der eine sture Bewohnerin, die sich nicht an der Pflege beteiligt, vom Mitarbeiter durch Gespräche und Aktivierung in den Alltag des Pflegeheims integriert wird (5, 50-54).

Der Mitarbeiter beschreibt seine Verhaltensweisen und die Ergebnisse der Situation folgendermaßen:

**Verhaltensweisen****Interview-Aussagen**

reden	Der Mitarbeiter gibt an, mit der Bewohnerin zu sprechen.
Bewohner ansprechen	Der Mitarbeiter spricht die Bewohnerin an, und teilt ihr mit dass heute Beschäftigungsangebote durchgeführt werden.
Einstellung des Bewohners kritisieren	Der Mitarbeiter spricht die Bewohnerin auf ihre Einstellung an, nicht sofort nein zu sagen. „ <i>Gehen sie nicht mit so einer Einstellung ran [...] nicht schon so voreingenommen und sagen, nee ich geh nicht mit, hab keine Lust.</i> “
eingehen auf Bewohner	Der Mitarbeiter schildert, dass er die Bewohnerin häufig eindringlich anspricht, ob sie an der Beschäftigung teilnehmen möchte.
Gespräch beim Waschen	Der Mitarbeiter spricht beim Waschen morgens mit der Bewohnerin über die Beschäftigungsangebote.
Interesse wecken	Der Mitarbeiter versucht das Interesse der Bewohnerin zu wecken, indem er ihr die Angebote der Beschäftigung mitteilt.
Unterstützung anbieten	Der Mitarbeiter versichert der Bewohnerin, wenn sie Schwierigkeiten beim Basteln (wegen der eingeschränkten Beweglichkeit ihrer Finger) bemerkt, unterstützt sie Beschäftigungstherapeutin.
Kontakt zu anderen Bewohnern herstellen	Der Mitarbeiter fragt die Bewohnerin, ob sie sich an einen anderen Platz setzen kann, um mit einer neuen Bewohnerin ins Gespräch zu kommen.
nachfragen	Der Mitarbeiter gibt an, dass er die Bewohnerin nach der Beschäftigung fragt, welche Angebote heute durchgeführt wurden.

**Ergebnisse****Interview-Aussagen**

Bewohnerin geht zur Beschäftigung	Ergebnis ist, das die Bewohnerin „ <i>alles stehen und liegen lässt</i> “ und zur Beschäftigung mitgeht.
Bewohner ist in den Alltag	„ <i>Das sind so bewegte Sachen, wo man sagen kann, man hat sie jetzt aus</i> “

integriert

*ihrer Einsamkeit raus und in den Alltag mit integriert.*“

Bewohner sind selbstsicherer

Der Mitarbeiter gibt an, dass die Bewohnerin selbstsicherer ist und „auch andere mit aufbauen“ wird.

### ***Bewohner machen Fortschritte (Nr. 33)***

Es werden drei positive Situationen von Pflegekräften im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung und mit Fortschritten von Bewohnern beschrieben. Ein Mitarbeiter schildert, wie eine Bewohnerin mit Bewegungseinschränkungen an den Händen und Füßen durch therapeutische Behandlungen und Gespräche mit den Pflegekräften Fortschritte durch die Bewegungstherapie erreicht (5, 49). In der zweiten Situation berichtet eine Mitarbeiterin, dass sich eine Bewohnerin ihren Namen merken konnte, weil sie ihr eine Merkhilfe vorschlägt (18, 45-48). Das dritte Ereignis beschreibt die Nachteile, die sich für die Pflege und Betreuung ergeben, wenn ein Bewohner durch gute Pflege in eine niedrigere Pflegestufe zurückgestuft wird (26, 39).

Die Mitarbeiter beschreiben ihre Verhaltensweisen und die Ergebnisse der Situationen folgendermaßen:

#### **Verhaltensweisen**

#### **Interview-Aussagen**

einschätzen

Der Mitarbeiter gibt an, den Zustand der Bewohnerin zunächst schlecht eingeschätzt zu haben: „dann denkste dann auch so, das wird nichts.“

therapeutisch behandeln

Die Bewohnerin erhält therapeutische Behandlungen, um die Finger und Füße zu rehabilitieren.

reden und trösten

Der Mitarbeiter spricht mit der Bewohnerin und tröstet sie, wenn sie weint.

Kontakt zu anderen Bewohnern herstellen

„Man passt dann schon auf, dass man sie auch an den und den Tisch setzt, mit denen kommt sie gut klar.“

Finger trainieren

Die Bewohnerin soll ihre Fingerfertigkeit durch das Sortieren von kleinen Näpfchen trainieren.

mitbekommen

Die Mitarbeiterin erfährt, dass die Bewohnerin einen Sänger sehr mag.

reden

Die Mitarbeiterin spricht mit der Bewohnerin und erklärt ihr den Zusammenhang ihres Namens mit dem Sänger.

assoziiieren

Die Mitarbeiterin erklärt der Bewohnerin, dass der Sänger ihren Namen in einem bekannten Lied verwendet.

mit anderen Bewohnern vergleichen

Die Mitarbeiterin erklärt der Bewohnerin, dass sich eine andere Bewohnerin ihren Namen anhand des Liedes merkt.

mehr pflegen

Die Mitarbeiterin schildert, dass der Bewohner mit Pflegestufe 1 umfassend gepflegt wird. Dabei werden seine Fähigkeiten unterstützt, um Handlungen auszuführen, die er nicht mehr durchführen kann.

unbezahlte Zuwendung

In der Pflegestufe 1 müssen sich die Mitarbeiter öfters mit dem Bewohner beschäftigen: „Also da ist mehr Zuwendung, auch Einsamkeit und alles, das muss man mehr machen, das kriegt man ja auch nicht bezahlt.“

Zeit drückt	Die Mitarbeiter arbeiten unter Zeitdruck, weil der Bewohner mit Pflegestufe 1 Hilfestellung bei der Gesichts- und Körperpflege benötigt.
<b>Ergebnisse</b>	<b>Interview-Aussagen</b>
Weiterentwicklung beim Bewohner	Die Bewohnerin entwickelt ihre Handlungsfähigkeiten.
Bewohner arbeitet mit	Die Bewohnerin beteiligt sich aktiv an der Therapie.
Bewohner merkt sich Namen des Mitarbeiters	Die Bewohnerin merkt sich den Namen der Mitarbeiterin, weil sie ihn mit einem Lied verknüpft.
Erfolgsereignis für die Mitarbeiterin	<i>„Das sind manchmal Sachen, die klappen dann gut und es gibt mal ein Erfolgsereignis.“</i>
Niedrige Pflegestufe erreicht	Die Mitarbeiterin gibt an, dass durch gute Pflege ein Bewohner in eine niedrigere Pflegestufe zurückgestuft wurde.
Konsequenz Personalabbau	<i>„Jetzt für mich als Personal jetzt, das kann passieren, das Personalabbau dadurch entsteht, wenn man zu gut pflegt, wenn man zu gute PS, also niedrige hat. Und dann muss man damit rechnen, dass man auch die Konsequenz zieht, dass man vielleicht gehen muss.“</i>
Zeit abzwiegen	Die Mehrarbeit der Pflegestufe 1 wird nicht bezahlt. <i>„Und dann muss man eben sehen, wo man beim anderen wieder was abzweigt.“</i>

#### ***Bewohner arbeitet mit (Nr. 34)***

Eine Mitarbeiterin beschreibt eine positive Situation mit einer dementen Bewohnerin, die sehr aufbrausend ist und dadurch die Durchführung der Pflege behindert. Diese Bewohnerin arbeitet in letzter Zeit während der Ausübung von Pflegehandlungen sehr gut mit, geht auf die Forderungen der Mitarbeiterin ein und wird dadurch aktiviert (17, 28-34).

Die Mitarbeiterin beschreibt ihre Verhaltensweisen und die Ergebnisse der Situation folgendermaßen:

<b>Verhaltensweisen</b>	<b>Interview-Aussagen</b>
Forderungen stellen	Die Mitarbeiterin stellt während der Pflege Forderungen an die Bewohnerin, Sie soll mitmachen und behilflich sein aufzustehen.
bemerken	Die Mitarbeiterin bemerkt, dass sich die Bewohnerin Mühe gibt.
Hand führen	Die Mitarbeiterin führt die Hand der Bewohnerin zum Festhalten an das Bett. <i>„Ich brauche ihr nur ordentlich die Hand führen.“</i>
anleiten	Die Mitarbeiterin leitet Bewohnerin an, wie sie ihre Hände benutzen kann, um sie beim Aufstehen zu unterstützen.
Verständlich reden	Die Mitarbeiterin schildert, dass sie mit den Worten der mit der Bewohnerin <i>„in ihrer verständlichen Art“</i> und Weise spricht.
reden und validieren	<i>„Mit ihr validiert, weil sie ist auf einer anderen Stufe. Auf diese muss ich mich runter begeben und muss einfach mit ihr reden.“</i>

zuhören	Die Mitarbeiterin schildert, dass sie der Bewohnerin zuhört.
Gespräch aufgreifen	Die Mitarbeiterin greift das Gehörte im Gespräch wieder auf.
über die Vergangenheit reden	<i>„Oder wir reden eben so, was sie in ihrem früheren Leben so gemacht hat. Von Zahlen, sie hat anscheinend in der Fabrik irgendwelche Zahlen gemacht, gezählt oder Produkte gezählt.“</i>

**Ergebnisse****Interview-Aussagen**

Mitarbeiterin fühlt sich ernst genommen	<i>„Und also dann weiß man, sie nimmt dich ernst, sie will, und sie will sich auch in den Rollstuhl setzen und sie macht gut mit.“</i>
Bewohner steht auf und setzt sich in Rollstuhl	Die Mitarbeiterin schildert, dass das Aufstehen und Setzen in den Rollstuhl mit ihrer Unterstützung erfolgreich ist.

***Bewohner zur Selbstpflege anregen (Nr. 35)***

Eine Mitarbeiterin beschreibt folgendes positives Ereignis: Die Mitarbeiterin ist erstaunt und erfreut über die (Handlungs-)Fähigkeiten einer dementen Bewohnerin, die durch die Anleitung von Pflegetätigkeiten in der Lage ist, einige Handlungen selbst durchzuführen (11, 31-36).

Die Mitarbeiterin beschreibt ihre Verhaltensweisen und die Ergebnisse der Situation folgendermaßen:

<b>Verhaltensweisen</b>	<b>Interview-Aussagen</b>
erstaunt	Die Mitarbeiterin ist über die Handlungen erstaunt, die die Bewohnerin selbst durchführen kann.
macht zu viel	<i>„Man macht eigentlich manchmal viel zu viel und weil es eigentlich, sage ich mal so, schneller geht.“</i>
daneben hinstellen	Die Mitarbeiterin stellt sich neben die Bewohnerin hin.
Handlungen ansagen	Die Mitarbeiterin leitet die Bewohnerin an: <i>„die Handlungen gesagt, die zu tun sind und das hat alles geklappt.“</i>
nachdenken	Die Mitarbeiterin schildert, dass sie die Pflege selbst durchführt, weil es schneller geht. Die Bewohnerin könnte sich jeden Tag selbst pflegen, wenn die Mitarbeiterin sich die Zeit nehmen würde.

**Ergebnisse****Interview-Aussagen**

dauert lange	Die Pflege dauert länger.
Erfolgserlebnis beim Bewohner	<i>„Aber ich denke mal man schafft da so ein bisschen ein kleines Erfolgserlebnis bei dem Menschen. Ja dass sie noch doch was können.“</i>
gute Kommunikation	Zwischen Mitarbeiterin und Bewohnerin entsteht eine gute Kommunikation.
Zufriedenheit für beide Seiten	<i>„Dann ich bin zufrieden, die Bewohnerin ist zufrieden und mehr kann man eigentlich nicht erreichen.“</i>

### 8.5.1.3 Von Verhaltensweisen zu Fähigkeiten der Mitarbeiter in den Situationskontexten

Im Anschluss an die Codierung und Kategorienbildung der Verhaltensweisen in den beschriebenen Critical Incidents werden ähnliche Verhaltensweisen (auch die der Ergebnisschilderungen) gruppiert und unter eine Hauptkategorie gefasst. Die Hauptkategorien mit den gruppierten Verhaltensweisen bilden die Basis für das Ableiten der Fähigkeiten der Mitarbeiter in den Critical Incidents, die nachfolgend erläutert werden. Die gruppierten Verhaltensweisen und Hauptkategorien der Verhaltensweisen, die sich aus den Critical Incidents ermitteln lassen, werden in Anlage 5 dargestellt.

Ausgehend von den Hauptkategorien der Verhaltensweisen können anschließend die Fähigkeiten der Mitarbeiter in den Critical Incidents aufgezeigt werden. Bei den Fähigkeiten handelt es sich um die Komponenten der Kompetenzen, die in situationsbezogenen Handlungskontexten anhand der beschriebenen Verhaltensweisen – den tätigkeitsbezogenen und durchgeführten Handlungen der Pflegekräfte – ermittelt werden. Aus diesem Grund ist es erforderlich, den Begriff Fähigkeit in den folgenden Ausführungen als Handlungsfähigkeit zu verstehen, die diese anwendungsbezogenen Situationskontexte spezifischer charakterisiert. Diesbezüglich werden die Begriffe Fähigkeit und Handlungsfähigkeit nachfolgend gleichbedeutend verwendet, da sie situationsbezogene Komponenten der Kompetenz einer Person darstellen.

Grundlage der begrifflichen Bestimmungen bildet die in Kapitel 5.2 festgelegte allgemeine Definition von Kompetenz, die Fähigkeiten und Handlungsfähigkeiten, angeeignetes, vorhandenes und zu erlernendes Wissen und Können, Einstellungen und verinnerlichte Haltungen sowie beobachtbares Verhalten und Handlungsweisen beschreibt. Demzufolge schließen die ermittelten Fähigkeiten bzw. Handlungsfähigkeiten als Komponenten der Kompetenz von Pflegekräften Wissen, Kenntnisse, Einstellungen und verinnerlichte Haltungen sowie Verhaltensweisen im Kontext von tätigkeitsbezogenen bzw. umsetzenden Handlungen ein. Dabei bezeichnet eine (Handlungs-)Fähigkeit eine Komponente der Kompetenz einer Person und charakterisiert das Verhalten einer Person anhand von tätigkeitsbezogenen und durchgeführten Handlungen in anwendungsbezogenen Situationskontexten. Folgende Abbildung 8-1 soll dies verdeutlichen:

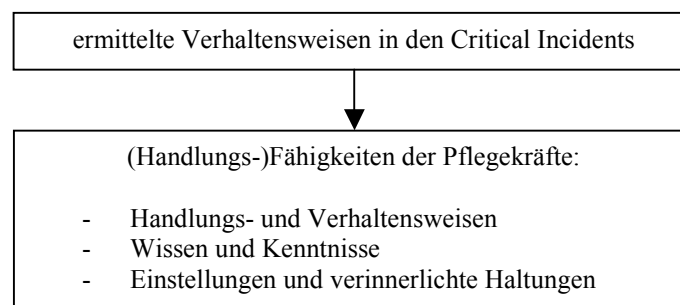


Abbildung 8-1: Begriffsbestimmung Fähigkeiten bzw. (Handlungs-)Fähigkeiten

Nachfolgend werden im fünften Analyseschritt, vor dem Hintergrund der beschriebenen Situationen, aus den analysierten und kategorial gebündelten Verhaltensweisen (Handlungs-)Fähigkeiten der Pflegekräfte im Umgang mit den Bewohnern und im Umgang mit anderen Mitarbeitern (Kollegen) abgeleitet. Dabei wird nicht auf alle Critical Incidents Bezug genommen und es werden nicht alle Verhaltensweisen und abgeleiteten Fähigkeiten in den 35 Critical Incidents erläutert, sondern hauptsächlich die Verhaltensweisen, anhand derer die stringente Analyse der Fähigkeiten aus den Verhaltensweisen deutlich wird.

Im Einzelnen geschieht die Analyse folgendermaßen: Die Verhaltensweisen aus den Critical Incidents werden gebündelt (gruppiert) und in eine Verhaltenskategorie (Hauptkategorie der Verhaltensweisen) geordnet. Anhand der einzelnen gebündelten Verhaltensweisen und der Verhaltenskategorie wird ein Handeln abgeleitet, das die gebündelten Verhaltensweisen und die Verhaltenskategorie begrifflich fasst. Das abgeleitete Handeln bildet dann den Ausgangspunkt, um eine Fähigkeit herzuleiten. Für das Ableiten des Handelns und die Herleitung der Fähigkeit werden spezifische Fachbegriffe einbezogen.

### **Critical Incident: Bewohner aus Depression rausholen (Nr. 1)**

Im Critical Incident „Bewohner aus Depression rausholen (Nr. 1)“ beschreibt eine Mitarbeiterin, wie sie eine demente Bewohnerin für eine kurze Zeit aus ihrer Depression holt und sie zum Lächeln bewegen kann: *„Indem ich mit dem rede oder eben den streichele oder Zeit nehme, dass er mir was sagen kann und zeigen kann. Wenn ich komme, frage ich den schon gleich mal, wie es ihm geht“*. (6, 86). Die Verhaltensweise „nach dem Befinden fragen“, lässt ein sorgendes und fürsorgliches Handeln erkennen und wird unter die Verhaltenskategorie „fürsorglich handeln“ gruppiert. Anhand des fürsorglichen Handelns kann somit eine **„Fähigkeit fürsorglich zu handeln“** abgeleitet werden.

Der Begriff Fähigkeit fürsorglich zu handeln wird gewählt, da das Verhalten „nach dem Befinden fragen“ und „sich Zeit nehmen“ auf ein fürsorgliches Handeln hinweist. Aus diesem Grund wird auf diese Fähigkeit der Mitarbeiterin geschlossen.

Weiterhin wird in diesem Critical Incident deutlich, dass die Mitarbeiterin den Bewohner „streichelt“ und mit ihm spricht. Anhand der Verhaltensweise „streicheln“ wird erkennbar, dass die Mitarbeiterin dem Bewohner Zuwendung entgegenbringt: *„Ich nehme mir dann Zeit für den und bleibe dann bei dem Bewohner und versuche dem meine Zuneigung zu zeigen oder meine Empfindungen dem rüber zu bringen, indem ich mit dem rede oder eben den streichele“* (6, 84). Somit kann anhand des Verhaltens „streicheln“, (Verhaltenskategorie „streicheln, drücken“) und des Handelns Zuwendung entgegenbringen die **„Fähigkeit Zuwendung auszudrücken“** abgeleitet werden.

Die Ableitung der Fähigkeit Zuwendung auszudrücken basiert auf dem Begriffsverständnis von „emotionaler Zuwendung“ als *„das freundliche, liebevolle, zärtliche Verhalten, das einer Person entgegengebracht wird.“* (FUCHS ET AL. 1988, S. 886). Das Verhalten „streicheln“ kennzeichnet ein „liebesvolles, zärtliches Verhalten“ und somit die Fähigkeit der Mitarbeiterin, der Bewohnerin ihre emotionale Zuwendung auszudrücken.

Im Critical Incident „Bewohner aus der Depression rausholen (Nr. 1)“ werden von Mitarbeitern ebenfalls Verhaltensweisen, wie die „Stimmung sehen“ und „Reaktionen des



Bewohners bemerken“ sowie „beobachten“ geschildert, die darauf hindeuten, dass die Mitarbeiter das Verhalten der Bewohner wahrnehmen, z. B. in welchem Gemütszustand sich die Bewohner befinden: *„Und dann sieht man einfach die Stimmung. Entweder geht man dort hin und tut mal, wie soll ich das sagen, es ergibt einfach die Situation.“* *„Merkt man dann schon an der Reaktion, selbst wenn die nicht sprechen können, dass man da irgendwelche Empfindungen erhält oder Wiedergaben gibt. [...] An den Augen, am Zeigen, an den Händen, also das merkt man schon.“* [...] *„Na man beobachtet die halt, ich steh nun nicht daneben, aber man kriegt das mit. Wenn sie mit den Leuten arbeiten, sie haben ja immer nur die eine Station, dann sehen sie das einfach.“* (9, 46-48). Diese Verhaltensweisen kennzeichnen die Handlung den Bewohner und seine Reaktionen in der Situation wahrzunehmen und werden unter die Verhaltenskategorie „sehen“, „bemerken“ und „beobachten“ gruppiert. Anhand des wahrnehmenden Verhaltens der Mitarbeiter kann eine **„Fähigkeit zur Wahrnehmung“** hergeleitet werden.

Für die Ableitung der Fähigkeit zur Wahrnehmung wird der Begriff der *„interpersonellen Wahrnehmung“* bzw. *„sozialen Wahrnehmung“* zugrunde gelegt. Er kennzeichnet die *„Wahrnehmung anderer Personen und Gruppen und die Interpretation ihrer Verhaltensweisen“* (FUCHS ET AL. 1988, S. 849). Die Wahrnehmung erfolgt über die Sinnesorgane und über Wechselwirkungen von Sprache und „nicht-kognitiven“ Komponenten (Einstellung, Motivation), die die Aufnahme von Informationen über Zustände, Umweltprozesse und Körperfunktionen ermöglichen (vgl. KALLER 2001, S. 464). Im Zusammenhang mit den im Critical Incident Nr. 1 geschilderten Verhaltensweisen, erfolgt die Wahrnehmung über die Sinnesorgane durch „beobachten“, „sehen“ und „bemerken“.

### **Critical Incident: Bewohner möchte Aufmerksamkeit (Nr. 2)**

Im Zusammenhang mit dem Critical Incident „Bewohner möchte Aufmerksamkeit (Nr. 2)“ beschreibt eine Mitarbeiterin, dass die Bewohner auf sich aufmerksam machen und sich mit den Mitarbeitern unterhalten möchten. Die Mitarbeiterin schildert, dass sie sich Zeit nimmt, der Bewohnerin zuhört und somit ihr Interesse bekundet: *„Die wollen eben ihre Aufmerksamkeit, dass man mit ihnen redet und dann wollen sie auch dass man sich Zeit nimmt. Und ich nehme mir da eigentlich immer Zeit für die Bewohnerin, weil ich weiß, dass sie dann auch ... Die kann auch manchmal nicht so gut drauf sein.“* (15, 29). Anhand der Verhaltensweisen „Zeit nehmen“ und „zuhören“, die die Mitarbeiterin vor diesem Hintergrund anwendet, wird darauf geschlossen, dass die Mitarbeiterin ihr Interesse für die Bewohnerin zeigt. Diese Verhaltensweisen werden somit unter die Verhaltenskategorie „Interesse zeigen“ gruppiert. Aufgrund der erläuterten Verhaltensweisen wird auf ein Handeln geschlossen, Interesse zu bekunden. Davon wird die **„Fähigkeit Interesse zu bekunden“** abgeleitet.

Dabei stützt sich die Ableitung der Fähigkeit Interesse zu bekunden auf den Begriff *„Interesse“*. Interesse kennzeichnet die *„Ausrichtung von Aufmerksamkeit, Gedanken und Absichten einer Person auf einen Gegenstand oder Sachverhalt“* (FUCHS ET AL. 1988, S. 356). Im Zusammenhang mit der beschriebenen Situation ist das Interesse (die Aufmerksamkeit) auf andere Personen ausgerichtet und beeinflusst als *„affektiv-kognitive Struktur mit handlungs- und erlebnisleitender Funktion“* die Auseinandersetzung mit anderen Personen (BÖHM, 2005, S. 316). Im Zusammenhang mit den Verhaltensweisen im Critical

Incident sind „sich Zeit nehmen“ und „zuhören“ als Verhaltensweisen zu sehen, um die Aufmerksamkeit der Mitarbeiter auf die Person des Bewohners zu richten.

### **Critical Incident: Freude und Umarmungen (Nr. 3)**

Im Critical Incident „Freude und Umarmungen (Nr. 3)“ berichtet eine Mitarbeiterin, wie sie die Blumen einer Bewohnerin „versorgt“ und „schön herrichtet“: *„Oder Blumen versorgen, wenn sie sagen, ‚tust du meine Blumen versorgen?‘, weil ich ja so eine Blumenjule bin, da freuen die sich, wenn alles schön hergerichtet ist“* (12, 45). Die Verhaltensweisen „Blumen versorgen“ und „schön herrichten“ kennzeichnen dabei ein engagiertes Verhalten der Mitarbeiterin, da diese Tätigkeiten nicht zu den Pflegetätigkeiten gehören und auf Wunsch der Bewohnerin ausgeführt werden. Diese Verhaltensweisen werden somit unter die Verhaltenskategorie „engagieren“ kategorisiert. Anhand der Verhaltensweisen „Blumen versorgen“ und „schön herrichten“ und der Verknüpfung mit einem engagierten Handeln wird die **„Fähigkeit sich zu engagieren“** abgeleitet. Dabei wird ein Begriffsverständnis von „Engagement“ zugrunde gelegt, das allgemein als ein besonderer Einsatz für Personen oder eine Sache verstanden wird.

Im Critical Incident „Freude und Umarmungen (Nr. 3)“ beschreibt eine Mitarbeiterin, wie sie eine Bewohnerin, die einen Schlaganfall erlitten hat, anerkennt. Die Bewohnerin unterstützt die Mitarbeiterin bei den Pflegehandlungen, wenn sie z. B. den Nachtstuhl gesetzt wird: *„ist bissel schwerfällig durch ihren Schlaganfall. Wenn ich sage, ‚... ach sie haben aber schön mitgemacht‘, wenn ich sie auf den Nachtstuhl setze, weil sie ganz schwer stehen kann“* (12, 46). Die Rückmeldung an die Bewohnerin „sie haben aber schön mitgemacht“ wird als Verhaltensweise „loben“ interpretiert und somit in die Verhaltenskategorie „loben“ geordnet. Die Verhaltensweisen, Bewohner zu loben weisen auf ein motivierendes Handeln der Mitarbeiterin hin. Aus diesem Grund wird die **„Fähigkeit zu motivieren“** abgeleitet.

Dabei stützt sich die Ableitung der Fähigkeit zu motivieren auf den Begriff *„Motivierung“*, der synonym zur *„Motivation“* verwendet wird und eine *„Bezeichnung für die Bildung oder Erzeugung einer bestimmten Motivation bei einer Person oder Personengruppe“* beschreibt (FUCHS ET AL. 1988, S. 520). Weiterhin wird Motivation als *„die zielbezogene Verhaltensaktivierung bezeichnet“* (FRÖHLICH 2004, S. 148). Im Zusammenhang mit dem Critical Incident ist die Erzeugung der Motivation bei der Bewohnerin z. B. darin zu sehen, dass sie zielgerichtet aktiviert wird, sich in den Nachtstuhl zu setzen.

Eine Mitarbeiterin schildert im Zusammenhang mit dem Critical Incident „Freude und Umarmungen (Nr. 3)“, wie sie eine Bewohnerin zur Nachtruhe begleitet und die Zeit nutzt, um ihr „zuzuhören“: *„Und ich hatte auch ein bisschen Zeit, so dass ich ihr auch mal richtig zuhören konnte. Und hab ihr dann noch so bissel übers Gesicht gestrichen dann beim Gute-Nacht-Sagen.“* (27, 35). Die Verhaltensweise „zuhören“ wird dabei als Handlung ermittelt, die im Zusammenhang mit einem kommunikativen Verhalten (z. B. „Gute-Nacht-Sagen“) und dem Handeln, Zuwendung entgegenzubringen (z. B. „übers Gesicht gestrichen“) von der Mitarbeiterin angewendet wird. Anhand des Verhaltens der Mitarbeiterin der Bewohnerin zuzuhören wird die **„Fähigkeit zum Zuhören“** abgeleitet.

Die Ableitung der Fähigkeit zum Zuhören lehnt sich an die Personalentwicklung und das „Coaching“ an. Dabei finden besondere Beachtung *„die Fähigkeiten zum Zuhören, klaren Formulieren, zum Ver- und Aushandeln und zum Unterweisen“*, die im Rahmen der Personalentwicklung gefördert werden (FRÖHLICH 2004, S. 329). In diesem Zusammenhang wird deutlich, dass die Fähigkeit zum Zuhören eine Komponente der sozial-kommunikativen Kompetenz darstellt und durch die Verhaltensweise „zuhören“ im Critical Incident (Nr. 3) ermittelt wird.

Die Verhaltensweise „Faxen machen“ wird von einem Mitarbeiter ebenfalls im Critical Incident „Freude und Umarmungen (Nr. 3)“ geschildert. Der Mitarbeiter beschreibt, dass er „Faxen macht“ und die Bewohnerin dadurch aufmuntert, die sich darüber freut und lacht: *„Na gut, ich geh da vielleicht sehr locker ran und mach auch ein bisschen Faxen und so und dann freut die sich drüber.“* (13, 36). Die Verhaltensweise „Faxen machen“ wird unter die Verhaltenskategorie „Scherze machen“ geordnet und beschreibt eine Form der Kommunikation, d. h. ein kommunikatives Handeln des Mitarbeiters im Umgang mit der Bewohnerin. Aus diesem Grund wird hier die **„Kommunikationsfähigkeit“** hergeleitet.

Die Herleitung des Begriffs Kommunikationsfähigkeit geschieht vor dem Hintergrund des Verständnisses von „Kommunikation“ als *„Prozess der Informationsübertragung“* (z. B. Mitteilung, Austausch, Interaktion), der sich im Verständnis der philosophisch-orientierten Kommunikationstheorie neben dem Inhaltsaspekt (Übertragung von Informationen) auch auf den Beziehungsaspekt bezieht. Dabei bedeutet Kommunikation immer auch einen *„Austausch von emotionalen Gehalten“* (FUCHS ET AL. 1988, S. 397f.) Im Critical Incident tauscht der Mitarbeiter emotionale Gehalte aus, indem er lacht und Scherze macht.

Weiterhin wird im Critical Incident „Freude und Umarmungen (Nr. 3)“ die Verhaltensweise „einreiben“ geschildert. Eine Mitarbeiterin beschreibt, wie sie mit Kleinigkeiten den Bewohner erfreut, indem sie ihn mit Franzbranntwein „einreibt“: *„Und wenn es einreiben ist, mit Franzbrandwein oder eben einen kleinen Schnaps, hier so mit Franzbrandwein, den trinken ja manche auch so ein bisschen mit Wasser verdünnt, das sind manchmal so kleine Sachen.“* (12, 45). Die Verhaltensweise „Einreiben“ wird dabei als medizinisch-pflegerische Handlung verstanden und somit der Verhaltenskategorie „medizinisches und pflegerisches Wissen anwenden“ zugeordnet. Anhand dieser Verhaltensweisen und der Kategoriegruppe wird die Fähigkeit (Fach)Wissen anzuwenden abgeleitet, die sich in diesem Fall auf die **„Fähigkeit medizinisches und pflegerisches Wissen anzuwenden“** bezieht.

### Critical Incident: Friseurbesuch (Nr. 5)

In diesem Critical Incident werden von einer Mitarbeiterin folgende Verhaltensweisen im Umgang mit der Bewohnerin geschildert: Die Bewohnerin fragt plötzlich die Mitarbeiterin, ob sie an diesem Tag zum Friseur gehen kann. Die Mitarbeiterin gibt an, die Bewohnerin zu „fragen“, zu antworten“ und später „im Gespräch mitzuteilen“, dass sie zum Friseur gehen kann: *„Und ich hatte sie schon mal gefragt, ob sie zum Friseur gehen will, „nee da gehe ich nicht“. Und vielleicht ein paar Minuten später gehe ich auf dem Gang lang und dann sagt sie: „... und bin ich heute auch geplant?“ Ich sage: „... zum Friseur?“ „Ja.“ Ich sage: „... natürlich“. Sage ich: „sie können heute sofort zum Friseur gehen.“* (4, 5). Die

Verhaltensweisen „fragen“, „antworten“ und ein „Gespräch führen“ kennzeichnen Formen des kommunikativen Handelns durch Informationsaustausch. Aus diesem Grund wird hier die Kommunikationsfähigkeit abgeleitet (zur Begriffsherleitung von Kommunikation vgl. Critical Incident Nr. 3).

### **Critical Incident: Aspirationsbeschwerden (Nr. 6)**

Im Critical Incident „Aspirationsbeschwerden (Nr. 6)“ schildert die Mitarbeiterin dass sie sich „zusammenreißen“ und „innerlich ruhig“ verhalten muss, damit sich die Bewohnerin beruhigt und ihre Hustenanfälle, Schluckstörungen und Erstickungsanfälle abklingen. Ihre Verhaltensweisen bewirken, dass sich auch die Bewohnerin beruhigt: *„Ich muss mich dann wirklich zusammenreißen und innerlich ruhig bleiben. Wenn ich jetzt auch rumzittern würde, das würde nichts helfen. [...] Die wird dann wieder ruhig, diese Schluckstörungen oder dieses Hineinsteigern, ich erstickte oder irgend so was, das hört dann auf.“* (7, 46-48).

Die Verhaltensweise „sich zusammenreißen“ wird unter die Verhaltenskategorie „sich beherrschen“ gruppiert und die Verhaltensweise „innerlich ruhig verhalten“ in die Verhaltenskategorie „ruhig verhalten“. Beide Verhaltensweisen kennzeichnen ein beherrschtes Handeln der Mitarbeiterin im Umgang mit der Bewohnerin. Aufgrund des beherrschten Handelns der Mitarbeiterin wird die **„Fähigkeit zur Selbstbeherrschung“** abgeleitet.

Die Begriffsfestlegung der Fähigkeit zur Selbstbeherrschung lehnt sich an den psychologischen Begriff der „Ich-Kontrolle“ bzw. „Selbstkontrolle“ an. Selbstkontrolle bedeutet *„die Beherrschung eigener Verhaltensimpulse oder Empfindungen“* (FRÖHLICH 2004, S. 271). Selbstkontrolle bezeichnet ebenfalls die *„Kontrolle und Verfügbarkeit des Ich über Triebe, Bewegungsapparat, Gedächtnis [...] besteht in der Zulassung oder Abwehr, der Unterdrückung oder dem Aufschub von Motivationsanteilen, die durch die Funktion der psychischen Instanzen organisiert werden“* (FUCHS ET AL. 1988, S. 323). In Bezug auf die Verhaltensweisen des Critical Incidents besteht die Beherrschung der Verhaltensimpulse und Empfindungen darin, dass sich die Mitarbeiter „zusammenreißen“ und „ruhig verhalten“ und somit ihr „Ich unterdrücken“.

Der Begriff Selbstbeherrschung und somit die Fähigkeit zur Selbstbeherrschung wird in diesem Zusammenhang jedoch der Selbstkontrolle vorgezogen, da er sich auch aus dem Interviewmaterial anhand der Verhaltensweisen „sich beherrschen“ ableiten lässt: *„Das man sich dann eben aufregt, das geht eben dann nicht. Da muss man sich beherrschen dann und dann sagen, o. k. wir lassen es so.“* (8, 32).

### **Critical Incident: Ausfahrten mit Bewohnern (Nr. 7)**

Im Critical Incident „Ausfahrten mit Bewohnern (Nr. 7)“ beschreibt eine Bewohnerin, wie sie von den Mitarbeitern „intensiv betreut“ wird, nachdem es ihr während der Ausfahrt schlecht wurde: *„Unterwegs war ein Pfleger mit dabei, der hat mich schon im Auto ganz intensiv betreut. Der hat Tücher gebracht. Und dann wie ich hier ankam, die Schwestern haben mich gleich ausgezogen und gewaschen, neu angezogen.“* (23, 36). Das Verhalten „intensiv betreuen“ wird unter die Verhaltenskategorie „kümmern“ geordnet und beschreibt ein fürsorgliches Handeln der Mitarbeiter. Aus diesem Grund wird hier die Fähigkeit fürsorglich zu handeln abgeleitet (zur Begriffsbestimmung vgl. Critical Incident

Nr. 1). Der Begriff Fähigkeit fürsorglich zu handeln wird gewählt, da das Verhalten „intensiv betreuen“ auf ein fürsorgliches Handeln hinweist.

Im Critical Incident „Ausfahrten mit Bewohnern (Nr. 7)“ beschreibt der Experte, wie eine Mitarbeiterin (FSJ-lerin) eine Bewohnerin zur Ausfahrt vorbereitete, sie in das Foyer setzt, damit sie dort wartet, bis die Ausfahrt beginnt (2, 94-96). Der Experte schildert, dass die Mitarbeiterin zunächst „erkennt“ und „bemerkt“, die Bewohnerin sitzt allein im Foyer und schlussfolgert, dass sie die Bewohnerin beschäftigen muss, damit diese nicht wegläuft. *„Dass das junge Mädels erkannt hat, ich banne hiermit die Gefahr, dass der alleine aufsteht und wegläuft - eine Dame war das - indem ich ihr was zu trinken hinstelle und sie mit einer Zeitschrift beschäftige und was anbiete. [...] dass das Mädels, was das nie gelernt hatte, im Prinzip gemerkt hatte, der Bewohner sitzt alleine da und es gesehen hat, es ist wertvoll für den Bewohner ihm irgendetwas anzubieten.“* (2, 94-96).

Die beschriebenen Verhaltensweisen „erkennen“ und „bemerken“ weisen auf ein wahrnehmendes Verhalten der Mitarbeiterin in der Situation und auf ein Wahrnehmen der Bewohnerin hin. Anhand der Verhaltensweisen „erkennen“ und „bemerken“ kann somit ein wahrnehmendes Handeln und eine Fähigkeit zur Wahrnehmung hergeleitet werden (zur Begriffsherleitung von Wahrnehmung vgl. Critical Incident Nr. 1).

Im Critical Incident „Ausfahrten mit Bewohnern (Nr. 7)“ beschreibt eine korpulente Bewohnerin, dass sie während der Ausfahrt neben zwei weiteren korpulenten Bewohnern sitzt und aufgrund des Platzmangels nicht bequem sitzen und am Ziel nicht aussteigen konnte: *„Drinne ist es nun ein bisschen schlecht, weil ich bin nun ziemlich korpulent. Und nun ist es immer ungünstig, wenn drei Dicke nebeneinander sitzen [...] Denn da saß jetzt mal eine und ich konnte nicht mal richtig sitzen. Ich saß so richtig schräg. [...] Na ja, wir sind gar nicht dort dadurch das wir so eingequetscht waren, sind wir gar nicht ausgestiegen. Da sind wir gleich sitzen geblieben, bis wir wieder nach Haus gefahren sind. [...] Na ja, man ist eben sitzen geblieben, weil man nicht raus konnte. Es war unangenehm, will ich mal sagen.“* (21, 35-43).

Aus den Angaben der Bewohnerin „nicht richtig sitzen“ und „ich saß schräg“ ist zu entnehmen, dass die Sitzposition und Sitzanordnung im Fahrzeug von den Mitarbeitern nicht organisiert und geplant wurde. Diese Angaben der Bewohnerin werden in die Verhaltenskategorie „Sitzordnung ungünstig geplant“ kategorisiert. Dabei werden die Begriffe „Planen“ und „Organisieren“ gewählt, da sie das planende und organisierende Handeln verdeutlichen, dass in dieser Situation notwendig gewesen wäre, um der Bewohnerin ein angenehmes Sitzen und auch Aussteigen zu ermöglichen.

„Planung/planen“ beschreibt die Gesamtheit aller Entscheidungen und Handlungen, Planziele zu definieren, Mittel zur Verwirklichung auszuwählen und Handlungsstrategien zu formulieren (vgl. FUCHS ET AL. 1988, S. 574). „Organisation/organisieren“ meint eine beabsichtigte Planung zielgerichteter Handlungen einer Gruppe oder Institution (vgl. FUCHS ET AL. 1988, S. 548). Als Fähigkeit, die dieses Handeln ermöglicht, wird eine **„Planungs- und Organisationsfähigkeit“** begrifflich abgeleitet.

In Anlehnung an die Begriffe „Planen“ und „Organisieren“ sowie vor dem Hintergrund der hergeleiteten Planungs- und Organisationsfähigkeit wird in diesem Situationsbezug anhand der Verhaltensweisen „nicht richtig sitzen“ und „ich saß schräg“ erkennbar, dass den Mitarbeitern diese Fähigkeit fehlt bzw. nicht vorhanden ist.

### **Critical Incident: Bewohner spielt Personal gegeneinander aus (Nr. 8)**

Im Critical Incident „Bewohner spielt Personal gegeneinander aus (Nr. 8)“ schildert ein Experte, dass eine Bewohnerin das Pflegepersonal gegeneinander ausspielt, indem sich die Bewohnerin über die Pflege einer Mitarbeiterin bei einer anderen Mitarbeiterin und bei der PDL beschwert. Die Mitarbeiterin und die PDL bemerken dieses Verhalten und die falschen Aussagen der Bewohnerin erst, nachdem sie selbst davon betroffen sind. Dabei beschreibt der Experte, dass er der Bewohnerin „nicht glaubt“: *„Man kann eigentlich den Bewohnern nicht so hundertprozentig alles glauben, was die sagen. [...] Also die versucht, wenn man kommt, dann sagt die ... och die, was die wieder mit mir gemacht hat ...‘ Das kann man nicht glauben, das macht die mit mir so und mit den anderen so.“ Sie hat es auch schon fertig gebracht und sich übers Pflegepersonal bei der Ärztin oder bei der PDL beschwert.“* (6, 107).

Die Verhaltensweise „nicht glauben“ wird unter die Verhaltenskategorie „Bewohnern misstrauen“ geordnet, da das Verhalten „nicht glauben“ ein „Misstrauen“ der Mitarbeiterin im Umgang mit den Erzählungen der Bewohnerin kennzeichnet. Die begriffliche Einordnung von „misstrauen“ lehnt sich an den Begriff „Vertrauen“ und das Handeln, Vertrauen herzustellen sowie das Verhalten „glauben“ bzw. „vertrauen“ an. Dabei bezeichnet das Verhalten „misstrauen“ das Antonym zum Verhalten „vertrauen“.

Ausgehend vom Begriff „Vertrauen“ und dem Handeln, Vertrauen herzustellen kann eine **„Fähigkeit Vertrauen herzustellen“** abgeleitet werden. Diese Fähigkeit ist im beschriebenen Critical Incident nicht vorhanden, was an der Verhaltensweise „nicht glauben“ sichtbar wird. Da die Mitarbeiterin der Bewohnerin nicht glaubt, kann angenommen werden, dass eine Vertrauensbasis nicht vorhanden ist.

### **Critical Incident: Beinabschnüren durch Katheter (Nr. 9)**

Im Critical Incident „Beinabschnüren durch Katheter (Nr. 9)“ beschreibt eine Mitarbeiterin eine Situation und ihr Handeln, das für sie negative Konsequenzen hatte: Ein unruhiger Bewohner, der sich bereits häufiger selbst den Katheterschlauch entfernte, hatte sich mit dem Katheterschlauch am Bein eine Druckstelle und Blasen zugezogen, da der Katheterschlauch nicht wie üblich links am Bein fixiert wurde, sondern rechts und somit das Bein abschnürte. Die Mitarbeiterin hatte in der Nacht bevor dieser Fehler am Morgen bemerkt wurde Nachtschicht und musste sich dafür verantworten. *„Ich habe eine Stellungnahme geschrieben und dummerweise oder ich muss sagen, eigentlich nicht dummerweise hatte ich in die Dokumentation rein geschrieben, in der Nacht: Heimbewohner war unauffällig. Und trotzdem hat man mir gesagt, ich bin's gewesen. Ich habe dann eine aktenkundige Ermahnung gekriegt oder so was ähnliches. Das fand ich eigentlich nicht in Ordnung. [...] Und ich weiß genau in der Zeit war niemand in dem Zimmer und der Mann macht sich das auf Garantie alleine und wie er den Schlauch so drum gekriegt hat, weiß ich nicht, vielleicht hat ihn auch der Spätdienst nicht richtig darumgelegt, kann durchaus*

*sein. Aber ich gucke nicht in die Hose und ich bin nachts auch nicht verpflichtet dazu. Das schafft man gar nicht, weil wir sind nachts nur zu zweit für 60 Leute.“ (6, 95).*

In diesem Critical Incident schildert die Mitarbeiterin zunächst, dass sie es „nicht in Ordnung fand“, dass ihr der Fehler angelastet wurde und sie dafür die Verantwortung tragen musste. An der Verhaltensweise „nicht in Ordnung finden“ und „wissen“, dass der Bewohner sich den Schlauch selbst um sein Bein gewickelt hat sowie an der Verhaltensweise „vermuten“, dass der Spätdienst den Fehler verursacht hat, wird erkennbar, dass die Mitarbeiterin nicht einsieht, dass sie die Verantwortung für den Fehler zu tragen hat und dafür eine „aktenkundige Ermahnung“ bekommt. Die genannten Verhaltensweisen werden in die Verhaltenskategorie „nicht einsehen“ gruppiert.

Anhand der Aussage und Verhaltensweise „nicht nachzuschauen“ (in die Hose des Bewohners), weil sie dazu „nicht verpflichtet ist“ kann ein Rechtfertigen des Handelns der Mitarbeiterin abgeleitet werden. Aus diesem Grund werden die Verhaltensweisen in die Verhaltenskategorie „sich rechtfertigen“ geordnet.

Die gruppierten Verhaltensweisen „sich rechtfertigen“ und „nicht einsehen“ kennzeichnen dabei ein Handeln, mit Kritik umzugehen bzw. das (Nicht-)Annehmen von Kritik. Das Handeln mit Kritik umzugehen bildet anhand der geschilderten Verhaltensweisen „nicht einsehen“ und „sich rechtfertigen“ die Grundlage für die Herleitung der **„Fähigkeit mit Kritik umzugehen“**.

Der Begriff Kritik stellt die Basis für die Ableitung des Handelns, mit Kritik umzugehen und der Fähigkeit mit Kritik umzugehen dar. „Kritik“ bedeutet, *„die Prüfung eines Gegenstandes, die Bewertung seiner Problematik, auf Grund derer seine Infragestellung begründet werden kann.“* (FUCHS ET AL. 1988, S. 436). Im Kontext des Critical Incidents und der beschriebenen Verhaltensweisen stellt die Mitarbeiterin die aktenkundige Ermahnung in Frage, indem sie sich rechtfertigt und diese nicht einsieht.

Weiterhin wird in diesem Critical Incident erkennbar, dass die Mitarbeiterin die pflegerischen Handlungen dokumentiert. Das wird an der beschriebenen Verhaltensweise „in die Dokumentation rein geschrieben“ deutlich. Diese Verhaltensweise wird unter die Verhaltenskategorie „dokumentieren“ gruppiert. Anhand dieser Verhaltensweise wird die Fähigkeit (Fach)Wissen anzuwenden abgeleitet, die sich in diesem Fall auf die **„Fähigkeit zur Dokumentation“** der Pflegemaßnahmen bezieht.

### **Critical Incident: Diebstahlbeschuldigung (Nr. 10)**

Eine Mitarbeiterin beschreibt im Critical Incident „Diebstahlbeschuldigung (Nr. 10)“ eine Situation, in der eine Bewohnerin eine andere Bewohnerin beschuldigt ihre Kleidung zu tragen. Die Mitarbeiterin berichtet, dass sie mit der Bewohnerin spricht und sie bittet, „in sich zu gehen und zu überlegen“ *„Dann hab ich gesagt [...] sie soll sich mal überlegen was sie jetzt mit ihr gemacht hat. Und die Frau hat nicht ihre Sachen an, sondern in ihren Sachen, die sie an hat, steht ihr eigener Name drinne [...] Und da habe ich gesagt, sie soll mal bitte in sich gehen und mal überlegen, wie es umgedreht wäre, wenn die Frau zu ihr das sagen würde, da wäre sie bestimmt genauso traurig. Und seitdem ich das Gespräch mit ihr geführt habe, sind sie wieder Freunde.“* (6, 109). Die Verhaltensweisen „sprechen“ und

die Bewohnerin „bitten zu überlegen und in sich zu gehen“ werden in die Verhaltenskategorie (Bewohner) „zum Nachdenken anregen“ kategorisiert.

Im geschilderten Ergebnis der Situation wird erkennbar, dass die Mitarbeiterin die Bewohnerin überzeugen konnte, dass sie die andere Bewohnerin fälschlicherweise beschuldigte. Die Verhaltenskategorie Bewohner „zum Nachdenken anzuregen“ kennzeichnet ein Handeln, Bewohner (durch Kommunikation) zu überzeugen. Daher wird hier die **„Fähigkeit zu überzeugen“** abgeleitet, die eine Form der Kommunikationsfähigkeit darstellt.

Dabei stützt sich die Begriffsbildung Fähigkeit zu überzeugen auf den Begriff *„Überzeugung“* als eine *„Bezeichnung für die Tatsache oder das Verfahren der Veränderung von Einstellungen, Meinungen oder Verhaltensweisen durch Kommunikation, insbesondere durch Argumentation und durch Appell“* (FUCHS ET AL. 1988, S. 92) (Überzeugung wird von den Autoren auch synonym zu Beeinflussung oder Überredung verwendet). In Bezug auf die Verhaltensweisen im Critical Incident besteht das überzeugende Handeln darin, die Bewohnerin durch Kommunikation zu bitten ihr Verhalten zu überdenken (die Mitarbeiterin appelliert an die Bewohnerin).

Im Critical Incident „Diebstahlbeschuldigung (Nr. 10)“ beschreibt eine Mitarbeiterin eine Situation, in der eine Bewohnerin andere Personen des Diebstahls beschuldigt. Die Mitarbeiterin berichtet, sie spricht mit der Bewohnerin und erklärt ihr, dass sie nicht bestohlen wird, da keiner ihr abgeschlossenes Zimmer betreten kann. Sie beschreibt, dass sie der Bewohnerin „nicht Kontra geben“ sollte, ihr nicht widerspricht, da die Bewohnerin sonst weint und sich weiter in den Diebstahlverdacht hineinsteigert: *„auf keinen Fall darf man dann Kontra machen. Wenn man dann Kontra macht, dann fängt die an zu weinen und dann steigert die sich noch mehr in das ganze rein“*. (6, 115).

Die Verhaltensweise „nicht Kontra geben“ wird unter die Verhaltenskategorie „nicht widersprechen“ kategorisiert und kennzeichnet ein Handeln, sich zu beherrschen. Aufgrund des beherrschten Handelns der Mitarbeiterin wird die Fähigkeit zur Selbstbeherrschung abgeleitet (zur Begriffsbestimmung vgl. Critical Incident Nr. 6).

### **Critical Incident: Bereitschaft des Pflegepersonals (Nr. 11)**

Im Critical Incident „Bereitschaft des Pflegepersonals (Nr. 11)“ beschreibt ein Bewohner, dass die Pflegekräfte gelegentlich ihren Pieper nicht eingeschaltet haben, somit das Klingeln nicht hören und der Bewohner warten muss. Die Mitarbeiter entschuldigen sich für ihr Verhalten, den Pieper nicht eingeschaltet zu haben. *„Na und dann entschuldigen sie sich auch. Ich meine das kann man nicht anders sagen. [...] wie gesagt die tun sich entschuldigen, dass sie es nicht gehört haben.“* (29, 54).

Die Verhaltensweise „sich entschuldigen“ wird in die Verhaltenskategorie „sich entschuldigen“ geordnet und kennzeichnet ein Handeln, mit Kritik umzugehen bzw. das Annehmen von Kritik. Das Handeln mit Kritik umzugehen bildet anhand der geschilderten Verhaltensweisen „sich entschuldigen“ die Grundlage für die Herleitung der Fähigkeit mit Kritik umzugehen (zur Begriffsbestimmung vgl. Critical Incident Nr. 9).



Im Critical Incident „Bereitschaft des Pflegepersonals (Nr. 11)“ beschreibt eine Bewohnerin, dass die Mitarbeiter auch „nachts nach ihnen schauen“, und „Kontrollgänge durchführen“. *„Wie soll man sagen? Normalerweise alles was nötig ist. Die sprechen mit uns und abends wünschen sie uns dann noch gute Nacht und so. Also wir haben schon ein gutes Verhältnis zueinander. Auch nachts kommen sie gucken, ob alles in Ordnung ist.“* (25, 38). Die Verhaltensweise der Mitarbeiter „nachts nachzusehen“, ob alles in Ordnung ist, wird unter die Verhaltenskategorie „nachsehen und kontrollieren“ kategorisiert.

Durch das Verhalten „nachts nachschauen“ wird erkennbar, dass die Mitarbeiter verantwortlich handeln und dieses Handeln durch „nächtliche Kontrollen“ und die Verhaltensweisen „nachsehen“ umsetzen. Insofern deuten die Verhaltensweisen der Verhaltenskategorie „nachsehen und kontrollieren“ auf verantwortliches Handeln und somit kann die **„Fähigkeit verantwortlich zu handeln“** abgeleitet werden.

Dabei stützt sich die Ableitung der Fähigkeit verantwortlich zu handeln auf den Begriff Kontrolle bzw. „kontrollieren und nachsehen“, die Verhaltensweisen des verantwortlichen Handelns darstellen. *„Kontrolle“* bedeutet allgemein *„Überwachung bzw. fortlaufende Überprüfung von Systemfunktionen, Einrichtungen, Ereignissen oder Personen, meist in Verbindung mit dem Ziel eines korrigierenden Eingreifens im Falle der Abweichung von Normen, Regeln oder Erwartungen“* (FRÖHLICH 2004, S. 271). Im Zusammenhang mit dem Critical Incident besteht die Kontrolle darin, die Bewohner zu überwachen und nachzusehen, ob ein Verhalten oder Ereignis zu erwarten ist, das von den Regeln oder Erwartungen abweicht, z. B. dass die Bewohner im Bett liegen bzw. dass sie die Nachtruhe einhalten.

Im Critical Incident „Bereitschaft des Pflegepersonals (Nr. 11)“ beschreibt eine Bewohnerin, dass sich die Mitarbeiter um die Bewohner „kümmern“: *„ich freue mich halt, dass sie sich so um die Patienten kümmern. Das bin ja nicht nur ich, sie sind ja auch für andere da. Das die alle dran kommen. Egal wie sie beschaffen sind.“* (19, 48).

Die Verhaltensweise „sich kümmern“ beschreibt ein fürsorgliches Handeln der Mitarbeiter. Aus diesen Grund wird hier die Fähigkeit fürsorglich zu handeln abgeleitet (zur Begriffsbestimmung vgl. Critical Incident Nr. 1). Der Begriff Fähigkeit fürsorglich zu handeln wird gewählt, da das Verhalten „sich kümmern“ auf ein fürsorgliches Handeln hinweist.

Im Critical Incident „Bereitschaft des Pflegepersonals (Nr. 11)“ steht die Verhaltensweise „kümmern“ auch in einem engen Zusammenhang mit dem engagierten Handeln der Mitarbeiter und der Fähigkeit sich zu engagieren: *„Na ja um das einem so angenehm wie möglich zu machen hier. Sie bringen einem also das Essen und alles drum und dran. Gehen mit vor in Frühstücksraum. Wir werden also rund um die Uhr betreut.“* (25, 32). Das engagierte Handeln wird anhand der Verhaltensweisen „bringen das Essen“ oder „rundum betreuen“ deutlich.

### **Critical Incident: Zuarbeit von Bewohnern (Nr. 12)**

Im Critical Incident „Zuarbeit von Bewohnern (Nr. 12)“ wird beschrieben, dass die Mitarbeiter das Verhalten von Bewohnern „auswerten“: *„es spricht sich auch dann rum bei Teamsitzungen, wo man dann mal einige Leute auswertet, wo man sagen kann, ‚... die hat sich gut eingelebt, die hat sich ganz schön gemausert.‘ Die tut sogar schon die Frau so*

und so jetzt ein bisschen mit anspornen, gerade Spiele-Runde.“ (5, 55). Die Verhaltensweise „auswerten“ kennzeichnet die Handlung, das Bewohnerverhalten einzuschätzen und wird in die Verhaltenskategorie „einschätzen“ kategorisiert. Anhand der Verhaltensweisen „auswerten“ und „einschätzen“ wird die **„Fähigkeit (Bewohner-/Verhalten) einzuschätzen“** abgeleitet.

Der Begriff Fähigkeit (Bewohner-/Verhalten) einzuschätzen lehnt sich dabei an den Begriff der „Bewertung“ an. Bewertung stellt das „*Ergebnis von Prozessen der intuitiven oder reflexiven Einschätzung*“ dar, Personen oder Ereignisse zu beurteilen, um mit ihnen angemessen umgehen zu können (FRÖHLICH 2004, S. 96). Dabei wird jedoch bewusst nicht der Begriff einer Fähigkeit (Bewohner-/Verhalten) zu bewerten definiert, da es sich in den Interviewaussagen um eine Einschätzung bzw. Auswertung des Bewohnerverhaltens bzw. der Bewohner handelt.

Im Critical Incident „Zuarbeit von Bewohnern (Nr. 12)“ berichtet ein Mitarbeiter, wie er eine Bewohnerin in die Gemeinschaft integriert. Der Mitarbeiter schildert, dass er die Bewohnerin in Gesprächen auf Beschäftigungsangebote hinweist, dass er ihr erzählt, welche Beschäftigung durchgeführt wird und sie fragt, ob sie teilnehmen möchte. *Solche Situationen ergeben sich auch schon beim Waschen früh, man kommt da ins Gespräch. Du kannst da ja auch nicht nur dastehen und keinen Ton sagen, denjenigen nur waschen. Wo wir dann so „...ach wissen sie heute ist doch wieder dort was los, ich fahr sie erst mal zum Frühstück vor und dann gibst noch das zweite Frühstück und mal sehen, wenn alles gut klappt, müsste auch heute unten was los sein, haben sie nicht mal Lust, da mitzugehen.“ Und dann wird meistens auch schon gefragt, „...was ist denn da los? [...] Das sind so bewegte Sachen, wo man sagen kann, man hat sie jetzt aus ihrer Einsamkeit raus und in den Alltag mit integriert.“* (5, 55).

Die Verhaltensweisen „ins Gespräch kommen“, „erzählen“ und „fragen“ kennzeichnen ein kommunikatives Handeln des Mitarbeiters, das dazu führt, dass die Bewohnerin in die Gemeinschaft integriert wird. Anhand dieser Verhaltensweisen kann zunächst eine Kommunikationsfähigkeit abgeleitet werden (vgl. Critical Incident Nr. 3). Weiterhin wird deutlich, dass der Mitarbeiter die Bewohnerin durch Kommunikation *„aus ihrer Einsamkeit raus[holt] und in den Alltag mit integriert“*. Das Verhalten des Mitarbeiters, die Bewohnerin durch Kommunikation zu integrieren, lässt somit auch auf eine **„Fähigkeit zu integrieren“** schließen.

Für die Begriffsbestimmung der Fähigkeit zu integrieren wird der Begriff „Integration“ zugrunde gelegt, der eine *„Eingliederung, insbesondere Akzeptierung eines Individuums in seiner Gruppe“* beschreibt (FUCHS ET AL. 1988, S. 347). Dabei wird jedoch davon ausgegangen, dass der Bewohner durch den Mitarbeiter integriert wird. Folglich ist nicht die Integration des Mitarbeiters benannt, sondern die Fähigkeit des Mitarbeiters, Bewohner zu integrieren. Dies wird auch an der Aussage des Mitarbeiters deutlich: *„man hat sie jetzt [...] in den Alltag mit integriert.“*

### **Critical Incident: Mitarbeiter versetzt sich in den Bewohner (Nr. 13)**

Im Kontext des Critical Incidents „Mitarbeiter versetzt sich in den Bewohner (Nr. 13)“ beschreiben die Bewohner, dass sie mit den Mitarbeitern sprechen können, wenn sie ein

Problem haben: „Und man kann auch so reden, wenn man mal ein Problem hat. Da bin ich nämlich ein bisschen verklemmt immer.“ (26, 27). Die Verhaltensweisen, die hier geschildert werden, beschreiben „reden bei Problemen“ bzw. „vertraute Gespräche“ und stellen Handlungen im Sinne einer vertrauten Kommunikation dar.

Die Verhaltensweisen „reden bei Problemen“ bzw. „vertraute Gespräche“ werden in die Verhaltenskategoriegruppe „Vertrauen herstellen“ geordnet, da sie offensichtlich Verhaltensweisen der Mitarbeiter andeuten, die ausdrücken, dass sich Bewohner bei Problemen an sie wenden können. Ausgehend vom Begriff Vertrauen und dem Handeln, Vertrauen herzustellen kann eine Fähigkeit Vertrauen herzustellen abgeleitet werden (vgl. auch Critical Incident Nr. 8). Diese Fähigkeit steht in Verbindung mit der Kommunikationsfähigkeit.

Im Zusammenhang mit dem Critical Incident „Mitarbeiter versetzt sich in den Bewohner (Nr. 13)“ berichtet eine Bewohnerin, dass die Mitarbeiter es „merken“, wenn sie sich nicht gut fühlt: „Sie merken es auch, wenn man sich mal nicht so fühlt, da fragen sie.“ (26, 29). Ein anderer Bewohner beschreibt, dass er ernst- und wahrgenommen wird: „Man wird wahrgenommen. Die Hinweise die man gibt, werden auch ernst genommen, die werden geprüft und das ist wichtig.“ (23, 27). Anhand der Verhaltensweisen „merken“ und „wahrnehmen“, die in die Verhaltenskategoriegruppe „bemerken“ geordnet werden, ist allgemein ein wahrnehmendes Handeln zu erkennen und somit kann die Fähigkeit zur Wahrnehmung hergeleitet werden (vgl. Critical Incident Nr. 1).

Weiterhin wird in diesem Critical Incident von einer Bewohnerin geschildert, dass sie vom Mitarbeiter kleine Geschenke in Form von Süßigkeiten erhält: „Manche Schwestern bringen auch kleine Geschenke mit. Weil sie wissen, dass ich gerne naschen tue.“ (26, 27). Anhand der Verhaltensweise „Geschenke mitbringen“ wird abgeleitet, dass die Mitarbeiterin Interesse für die Bewohnerin und ihre Verlieben (Süßigkeiten) zeigt. Somit wird die Verhaltensweise „Geschenke mitbringen“ unter die Verhaltenskategorie „Interesse zeigen“ gruppiert. Somit bekundet die Mitarbeiterin ihr Interesse für die Bewohnerin und es kann die Fähigkeit Interesse zu bekunden abgeleitet werden (vgl. auch Critical Incident Nr. 2).

Im Critical Incident „Mitarbeiter versetzt sich in den Bewohner (Nr. 13)“ beschreibt ein Bewohner, dass die Mitarbeiter ihn und alle Bewohner gleich behandeln. „Diese Person behandelt alle gleich. Sie verhält sich mir gegenüber genauso wie jedem anderen höflich zuvorkommend und ich betrachte mich, wie meinen Zimmerkollegen mit seiner Behinderung, wir werden gleich behandelt, Da kommt genau wie bei Herrn X die gleiche Wärme rüber, wie bei mir.“ (23, 23). An der Verhaltensweise „gleich behandeln“, die sich auf das Entgegenbringen von Zuwendung im Sinne von Wärme bezieht, wird abgeleitet, dass der Mitarbeiter einzelne Bewohner nicht bevorzugt behandelt. Die Verhaltensweise „gleich behandeln“ wird somit unter die Verhaltenskategoriegruppe „Bewohner nicht bevorzugen“ geordnet.

Folglich wird anhand der Verhaltensweise „gleich behandeln“ die **„Fähigkeit Bewohner nicht zu bevorzugen“** abgeleitet. Diese Fähigkeit kennzeichnet im Zusammenhang mit diesem Critical Incident, allen Bewohnern auf die gleiche Art Zuwendung entgegenzubringen und z. B. einen bettlägerigen Bewohner nicht zu bevorzugen.

**Critical Incident: Bewohner werden bevorzugt (Nr. 14)**

Im Critical Incident „Bewohner werden bevorzugt (Nr. 14)“ beschreibt eine Mitarbeiterin, dass sie einen Kollegen beobachtete, der einige Bewohner anfänglich bevorzugt behandelte: *„da hat er schon versucht ein bisschen die, jetzt sage ich mal so, manche Bewohner die jetzt ganz laut schreien in Anführungszeichen, könnten ja zuerst dran kommen. [...] Und der Mitarbeiter weiß, dass er nicht überall gleichzeitig sein kann und er weiß auch, dass er eigentlich niemanden bevorzugen sollte. Und die anderen, die eigentlich hilfsbedürftig sind und ganz leise sind, die sind dann oft die letzten.“* (30, 54).

Das bevorzugte (Be-)Handeln wird durch die Verhaltensweisen „zuerst dran kommen“ und „hilfsbedürftige Bewohner zuletzt versorgen“ deutlich, wobei der Mitarbeiter die „am lautesten schreienden Bewohner“ bevorzugt behandelt und hilfsbedürftige Bewohner später versorgt. Die Verhaltensweisen werden unter die Verhaltenskategorie „Bewohner bevorzugen“ geordnet, anhand derer das bevorzugte (Be-)Handeln der Bewohner abgeleitet wird. An diesen Verhaltensweisen wird erkennbar, dass dem Mitarbeiter die Fähigkeit fehlt, Bewohner nicht zu bevorzugen bzw. er über die Fähigkeit Bewohner nicht zu bevorzugen nicht verfügt.

**Critical Incident: Mitarbeiter bringt Haustier mit (Nr. 15)**

Im Critical Incident „Mitarbeiter bringt Haustier mit (Nr. 15)“ beschreibt ein Experte, dass eine Mitarbeiterin ihren Hund mit in das Altenpflegeheim brachte, um diesen den Bewohnern vorzustellen und ihnen eine Freude zu bereiten. Dabei schildert der Experte, dass die Mitarbeiterin mit den Bewohnern „redet“ und „nachfragt“: *„mit dem Bewohner über Tiere geredet“ [hat und] vorher gefragt [hat], ob sie mal ihren Hund mitbringen soll.“* (6, 103).

Die Verhaltensweise „reden“ wird unter die Verhaltenskategorie „kommunizieren“ geordnet und „nachfragen“ unter die Kategoriegruppe „nachfragen“. Beide Verhaltensweisen beschreiben ein kommunikatives Handeln des Mitarbeiters im Umgang mit der Bewohnerin. Aus diesem Grund wird hier die Kommunikationsfähigkeit hergeleitet (zur Begriffsbildung vgl. Critical Incident Nr. 3).

In diesem Situationszusammenhang erläutert der Experte das Engagement der Mitarbeiterin, die extra in ihrer Freizeit in das Heim kommt, um den Bewohnern ihren Hund vorzustellen: *„Sie hat selbst einen Hund und den hat sie für die Bettlägerigen schon mal mitgebracht. Und hat denen den Hund gezeigt und hat sich da engagiert.“ [...] Sie ist extra gekommen, natürlich nicht während der Arbeitszeit und da hat die mal die Leute besucht mit dem Hund.“* (6, 101).

Aus den Verhaltensweisen „sich engagieren“ und „ist extra gekommen“ wird ein engagiertes Handeln abgeleitet. Dabei werden die Verhaltensweisen in die Verhaltenskategorie „engagieren“ geordnet. Anhand der Verhaltensweisen kann die Fähigkeit sich zu engagieren hergeleitet werden (vgl. auch Critical Incident Nr. 3).

**Critical Incident: Stürze von Bewohnern (Nr. 17) Fehlen da Nummern? 16 ???**

Im Critical Incident „Stürze von Bewohnern (Nr. 17)“ schildert eine Mitarbeiterin, dass sie eine Bewohnerin nach einem Sturz zu Bewegungsübungen anleitet: *„da haben wir*

*Heimbewohner, die sind gefallen, Oberschenkelhalsbruch. Und die werden jetzt nun immer wieder motiviert zum Laufen. [...] Nicht gleich so ,... wir stehen jetzt auf und mach los ...' Da fängt man eben erst mal an im Bett Bewegungsübungen, Gymnastik oder so“ (7, 31-33).*

Es werden die Verhaltensweisen „Bewegungsübungen machen“ und „Gymnastik machen“ geschildert, die Handlungen kennzeichnen, um Bewohner zu mobilisieren. Anhand der beschriebenen Verhaltensweisen wird eine Mobilisation der Bewohner durchgeführt und erreicht. Demzufolge wird das Verhalten „Bewegungsübungen machen“ und „Gymnastik machen“ der Verhaltenskategorie „mobilisieren“ zugeordnet. Anhand dieser Verhaltensweisen und der Kategoriegruppe wird die Fähigkeit (Fach)Wissen anzuwenden abgeleitet, die sich in diesem Fall auf die **„Fähigkeit Bewohner zu mobilisieren“** bezieht.

Anhand der Schilderungen der Mitarbeiterin wird ebenfalls die Verhaltensweise „motivieren“ deutlich. Die Mitarbeiterin beschreibt, dass sie Heimbewohner, die gestürzt sind, *„wieder motiviert zum Laufen“. [...] Nicht gleich so ,... wir stehen jetzt auf und mach los ...' Da fängt man eben erst mal an im Bett Bewegungsübungen, Gymnastik oder so und man muss versuchen ein bisschen lächerlich ranzugehen, ein bisschen witzig und humorvoll.“ (7, 33).*

Dabei wird deutlich, dass die Mitarbeiterin die Bewohner durch Kommunikation motiviert, indem sie *„witzig und humorvoll [rangeht]“* und ihr Wissen über die Mobilisation anwendet (vgl. oben). Die Verhaltensweise „zum Laufen motivieren“ wird dabei in die Verhaltenskategorie „motivieren“ geordnet und es wird eine Fähigkeit zu motivieren abgeleitet, die wie im Critical Incident Nr. 3 beschrieben, mit der Kommunikationsfähigkeit verknüpft ist, da eine Motivation im Gespräch erfolgt. Vor dem Hintergrund der Definition von Motivation als eine zielbezogene Aktivierung von Verhaltensweisen, die sich in diesem Critical Incident auf eine Aktivierung zum Laufen bezieht, kann die erläuterte Fähigkeit abgeleitet werden (vgl. FRÖHLICH 2004, S. 148).

Weiterhin wird im Critical Incident „Stürze von Bewohnern (Nr. 17)“ deutlich, dass sich die Mitarbeiter nach einem Sturz um die Bewohnerin kümmern, sofort herbeieilen und ihr beim Aufstehen behilflich sind bzw. sie ins Bett legen und nach ihr sehen. *„Na da kann ich nur sagen, wenn ich mal stürze, da ist sofort jemand da. Wie gestern, die heben mich hoch, da kommen sie alle. Gucken, ob irgendwas ist. Und kommen dann auch gucken, also da kann man nicht meckern. [...] Aufheben. Gucken, ob ich was gebrochen hab. Ins Bett legen, fragen wie es mir geht. Zudecken und dann kommt immer mal wieder einer und guckt.“ (20, 42-44).*

An den Verhaltensweisen „hochheben“ und „aufheben“ und „ins Bett legen“ wird deutlich, dass die Mitarbeiter der Bewohnerin helfen und sie unterstützen. Diese Verhaltensweisen werden demnach in die Verhaltenskategoriegruppe „helfen, unterstützen“ geordnet, da sie ein Hilfe-Leistendes Handeln beschreiben. Aufgrund der Verhaltensweisen „hochheben“, „aufheben“ und „ins Bett legen“ und der kategorialen Zuordnung wird die **„Fähigkeit zur Hilfeleistung“** abgeleitet.

Dabei wird der Fähigkeit zur Hilfeleistung der Begriff „Hilfeleistungsverhalten“ bzw. „Hilfeleistungs-Motiv“ zugrunde gelegt. Diese Begriffe bezeichnen „die Beweggründe eines Verhaltens, das darauf gerichtet ist, das Wohlergehen anderer Menschen im Auge zu behalten bzw. zu fördern. Wird meist im Lichte von Empathie bzw. Sympathie [...] und allgemeiner ethisch-sozialer Grundwerte diskutiert“ (FRÖHLICH 2004, S. 223 und 56). Das „Hilfeleistungsverhalten“ bezieht sich im erläuterten Critical Incident auf die Verhaltensweisen „hochheben“, „aufheben“ und „ins Bett legen“ mit dem Ziel, das Wohlbefinden der Bewohnerin (nach dem Sturz) zu fördern.

Weiterhin wird durch das Verhalten *„ins Bett legen, fragen wie es mir geht, zudecken“* erkennbar, dass sich die Mitarbeiter um die Bewohnerin sorgen und fürsorglich handeln. Die Verhaltensweisen „ins Bett legen“, „zudecken“ und „nach dem Befinden fragen“ lassen ein fürsorgliches Handeln erkennen und werden unter die Verhaltenskategorie „fürsorglich handeln“ gruppiert. Daher kann in diesem Critical Incident auch eine Fähigkeit fürsorglich zu handeln abgeleitet werden.

Im Critical Incident „Stürze von Bewohnern (Nr. 17)“ schildert die Bewohnerin, dass sie bereits öfters gestürzt ist und nicht mit ihrem Rollator umgehen kann: *„Ja gestern, da bin ich auf den Steiß geflogen. Na, ja Schmerzen hat sie immer noch. Ja, hab ich immer noch. Sie ist ja nun schon paar Mal umgeflogen. Na ich weiß auch nicht, das ist der Rollator. Der geht dann rückwärts ab. Und da muss ich rückwärts laufen. Hier draußen, aus dem Bad raus, rückwärts. Und da bin ich schnell und auch nicht zu bremsen. Komme aber mit den zwei nicht zurecht, bremsen nur mit einer. Da hat es mich in die Ecke gehauen und der ist dann umgeflogen, der Rollator“* (20, 46-51). Wie bereits erläutert, helfen die Mitarbeiter ihr beim Aufstehen und legen sie fürsorglich ins Bett (vgl. oben). Aus den Angaben der Bewohnerin kann jedoch geschlossen werden, dass die Mitarbeiter „die Stürze nicht hinterfragen“, d. h. nicht hinterfragen, warum die Bewohnerin gestürzt ist, warum die Stürze so häufig und unter welchen sie Umständen passieren, da die Bewohnerin angibt, bereits häufiger gestürzt zu sein und offensichtlich Schwierigkeiten im Umgang mit dem Rollator hat.

Anhand der Beschreibung wird eine Verhaltensweise der Mitarbeiter abgeleitet, die ein fehlendes Hinterfragen der Sturzsituation und Sturzumstände kennzeichnet. Die Verhaltensweise „nicht hinterfragen“ bezieht sich auf ein reflektierendes Handeln, das in diesem Fall nicht erfolgt, d. h. die Mitarbeiter reflektieren die Sturzsituation und Sturzumstände nicht. Insofern kann eine **„Reflexionsfähigkeit“** abgeleitet werden, über die die Mitarbeiter in diesem Situationsbezug nicht verfügen bzw., die ihnen fehlt.

Der Begriff „Reflexion“ (reflektieren) wird gewählt, da die *„Reflexion“* allgemein eine *„Bezeichnung für das Zurückwenden der Aufmerksamkeit nach »innen« bzw. das Abwenden von den Gegenständen bzw. in der Außenwelt gemachten Erfahrungen und Zuwenden auf das individuelle Erleben und Denken, z. B. Überlegen, Beziehungen überdenken, eine künftige Handlung in Bezug auf die äußeren Bedingungen planen“* darstellt (FRÖHLICH 2004, S. 373). Das Handeln reflektieren kennzeichnet somit ein Überlegen und Nachdenken sowie Überdenken der Situation und des Verhaltens der Bewohnerin, das in diesem Critical Incident nicht erfolgt und durch die Verhaltensweise „nicht hinterfragen“ deutlich wird.

**Critical Incident: Eifersucht und Neid unter Bewohnern (Nr. 18)**

Im Critical Incident „Eifersucht und Neid unter Bewohnern (Nr. 18)“ schildert eine Mitarbeiterin, dass die Mitarbeiter für eine demente Bewohnerin einen Schreibtisch organisierten und diesen in den Wohnbereich stellten: *„Im Bad haben wir jetzt was gemacht, das war vorher so ein bisschen steril, das haben wir jetzt so mit Bildern ein bisschen hübsch gemacht, so dass sich die Bewohner auch wohlfühlen. Eigentlich haben wir versucht im Wohnbereich immer mal wieder was neu zu gestalten, dass die sich besser angenommen fühlen. [...] Wir haben gerade für eine Heimbewohnerin, die ist Sekretärin gewesen und immer ständig in Bewegung mit ihrer Tasche und will immer arbeiten, einen alten Schreibtisch in den Wohnbereich gestellt in so eine Nische und haben ihr das so ein bisschen zurechtgemacht.“* (4, 69).

An den Verhaltensweisen „mit Bildern hübsch gemacht“, „Wohnbereich neu gestalten“, „Schreibtisch in den Wohnbereich stellen“ und „zurecht machen“ werden Verhaltensweisen beschrieben, die das Gestalten der Umgebung kennzeichnen. Aus diesem Grund werden diese Verhaltensweisen in die Verhaltenskategoriegruppe „Umgebung gestalten“ geordnet. Anhand der genannten Verhaltensweisen und der Kategoriegruppe „Umgebung gestalten“ wird ein kreatives Handeln abgeleitet, das dadurch charakterisiert ist, dass die Mitarbeiter Bilder in den Bewohnerbädern anbringen, alte Möbel organisieren, diese in den Wohnbereich stellen und somit die Heimumgebung für den Bewohner gestalten. Anhand der Verhaltensweisen und des kreativen Handelns kann in dieser Situation die **„Fähigkeit zur kreativen Gestaltung“** abgeleitet werden.

Die Begriffsbildung stützt sich dabei auf den Begriff „Kreativität“, der eine Voraussetzung für die Gestaltung des Wohnbereichs darstellt und allgemein *„die Fähigkeit zur Hervorbringung neuer und origineller Problemlösungen“* bezeichnet (FUCHS ET AL. 1988, S. 431). In diesem Critical Incident stellt die Gestaltung der Bäder und des Wohnbereichs „das Problem“ (bzw. den Aufgabenbereich) dar, das durch eine kreative Gestaltungsarbeit gelöst wird.

Weiterhin kann im Critical Incident „Eifersucht und Neid unter Bewohnern (Nr. 18)“ ermittelt werden, dass die Mitarbeiter mit den Bewohnern kommunizieren und dabei Sachverhalte erklären. Eine Mitarbeiterin beschreibt, wie sie mit neidischen Bewohnern umgeht: sie erklärt den Bewohnern im Gespräch, warum sie jetzt zunächst die Pflege bei diesem Bewohner durchführt und erst später zu ihnen ins Zimmer kommt: *„mit denen reden, denen sagen und erklären praktisch ... die ist jetzt krank und die brauchet auch ein bisschen mehr Fürsorge ...“* (27, 34). Anhand der Verhaltensweisen „erklären“, „reden“ und „sagen“ wird ein kommunikatives Handeln und somit die Kommunikationsfähigkeit hergeleitet (vgl. Critical Incident Nr. 3).

Im Kontext des Critical Incidents „Eifersucht und Neid unter Bewohnern (Nr. 18)“ berichtet eine Mitarbeiterin, dass sich einige Bewohner benachteiligt fühlen, wenn andere Bewohner aufgrund ihrer Erkrankung mehr Zuwendung erhalten: *„Das merkt man ja bei Heimbewohnern, die jetzt mehr Pflege brauchen, weil sie krank sind oder liegen dann im sterben und so. Die Heimbewohner wissen schon, was da abläuft, die spüren das auch mit. Aber trotzdem ist da immer so ein bisschen Neid da, jetzt rennt die schon wieder dort hin und so. Da hat man eben nun mal mehr Arbeitsaufwand, da muss mehr gehen. Und das*

*wollen manche nicht einsehen. Da muss man dann eben praktisch flexibel sein und mit den anderen, die sich da benachteiligt fühlen mit denen reden, denen sagen und erklären praktisch „... die ist jetzt krank und die braucht auch ein bisschen mehr Fürsorge ...“. Und dadurch steht man dann sehr auch unter Druck. Zeitdruck und das verursacht Stress dann, der ja von außen kommt.“ (27, 34).*

Zunächst wird an der Verhaltensweise „da muss man mehr gehen“ und den Aussagen „mehr Arbeitsaufwand“ und „steht man unter Druck“ sowie „das verursacht Stress“ deutlich, dass die Mitarbeiterin ihre Arbeitsweise und den Arbeitshintergrund überdenkt. Aus diesem Grund werden die Verhaltensweisen „da muss man mehr gehen“ und das offensichtliche „Überdenken“ sowie die erläuterten Schlussfolgerungen, die die Mitarbeiterin im Zusammenhang mit der Situation angibt, der Verhaltenskategorie „Arbeitssituation überdenken“ zugeordnet. Vor dem Hintergrund des im Critical Incident Nr. 17 erläuterten Begriffs Reflexion und einem reflektierenden Handeln kann in dieser Situation eine Reflexionsfähigkeit ermittelt werden, die anhand des Verhaltens „Überdenken der Arbeitssituation“ hergeleitet wird.

Weiterhin wird deutlich, dass die Mitarbeiterin den neidischen Bewohnern im Gespräch erklärt, warum sie sich mehr um kranke Bewohner kümmert. Sie schildert, dass sie „flexibel dort hin gehen“ und „hin rennen“ muss, d. h. „flexibel reagieren“ muss und mit den sich benachteiligt fühlenden Bewohnern „redet“ und ihnen „erklärt“, warum sie so handelt: *Aber trotzdem ist da immer so ein bisschen Neid da, jetzt rennt die schon wieder dort hin und so. Da hat man eben nun mal mehr Arbeitsaufwand, da muss mehr gehen. Und das wollen manche nicht einsehen. Da muss man dann eben praktisch flexibel sein und mit den anderen, die sich da benachteiligt fühlen, mit denen reden, denen sagen und erklären praktisch „... die ist jetzt krank und die braucht auch ein bisschen mehr Fürsorge ...“ (27, 34).*

Dabei wird das flexible Handeln im Zusammenhang mit kommunikativen Verhaltensweisen „reden“, „erklären“ offensichtlich. Das flexible Handeln bezieht sich auf ein Anpassen an die Arbeitsorganisation, das daran deutlich wird, dass die Mitarbeiterin angibt, „dort und dort hin zu rennen“ und „mehr gehen muss“. Diese Verhaltensweisen werden in die Verhaltenskategorie „flexibel handeln“ geordnet. Anhand dieser Verhaltensweisen wird somit eine **„Flexibilität und Anpassungsfähigkeit“** hergeleitet.

Die Begriffsbildung Flexibilität und Anpassungsfähigkeit stützt sich dabei auf die (sozial)psychologische Bedeutung der Begriffe Flexibilität und (soziale) Anpassung. „Flexibilität“ stellt eine *„allgemeine und umfassende Bezeichnung für die Bereitschaft des Organismus, auf neue Gegebenheiten schnell zu reagieren bzw. das Verhalten zu verändern“* dar und wird synonym zum Begriff „Anpassungsfähigkeit“ verwendet (FRÖHLICH 2004, S. 185). Der Begriff „(soziale) Anpassung“ bezieht sich in der neueren Sozialpsychologie und Soziologie *„auf einen durch ständig sich ändernde Umweltveränderungen ausgelösten Orientierungs- und Neuorientierungsvorgang, an dessen Ende ein Verhalten steht, das es dem Individuum ermöglicht, seine eigenen Intentionen (Wünsche) zu verwirklichen, ohne dabei Schaden zu erleiden oder Mitmenschen zu schädigen“* (FRÖHLICH 2004, S. 65). Im Zusammenhang mit dem Critical Incident bezieht sich die besagte Begriffsgrundlage und die hergeleitete Flexibilität und Anpassungsfähigkeit auf das Verhalten der Mitarbeiterin,



„dort hin gehen“, „hin rennen“, „flexibel reagieren“, „schnell zu reagieren“ und ihr „Verhalten zu ändern“, sich an den Wünschen der Bewohner „neu zu orientieren“ und diese zu verwirklichen.

Im Critical Incident „Eifersucht und Neid unter Bewohnern (Nr. 18)“ beschreibt die Mitarbeiterin, wie sie auf eiferstüchtige Bewohner eingeht, einen Kontakt zu ihnen herstellt, indem sie „hingeht“ und mit ihnen „spricht“: *„indem man mit ihnen spricht und sie nicht einfach stehen lässt und weitergeht. Das man dort auch mal hin geht und mit denen spricht.“* (15, 35). An den Verhaltensweisen „hingehe“, „nicht stehen lassen“ und „mit ihnen sprechen“ wird erkennbar, dass die Mitarbeiterin Kontakt zum Bewohner herstellt. Aus diesem Grund werden die Verhaltensweisen in die Verhaltenskategorie „Kontakt herstellen“ geordnet.

Anhand der beschriebenen Verhaltensweisen bzw. der Kategoriegruppe „Kontakt herstellen“ wird abgeleitet, dass die Mitarbeiter mit den Bewohner in „Interaktion treten“. Dabei stützt sich die Begriffsbildung in Interaktion treten auf den Begriff *„soziale Interaktion“*, der eine Bezeichnung für *„jede Art wechselseitiger Bedingtheit, z. B. im sozialen Verhalten“* (FRÖHLICH 2004, S. 254) darstellt, das durch Kommunikation vermittelt wird und zu einer gegenseitigen Beeinflussung der Einstellungen, Erwartungen und Handlungen der Individuen führt (vgl. FUCHS ET AL. 1988, S. 352). Im Zusammenhang mit dem ermittelten Verhalten in den beschriebenen Ereignissen soll Interaktion und „in Interaktion treten“ als ein Handeln der Mitarbeiter verstanden werden, um mit den Bewohnern in Kontakt zu treten, das durch Kommunikation aber auch durch die oben genannten Verhaltensweisen im Sinne von „auf den Menschen zuzugehen“ gekennzeichnet ist. Demzufolge wird hier die **„Fähigkeit in Interaktion zu treten“** abgeleitet.

Im Critical Incident „Eifersucht und Neid unter Bewohnern (Nr. 18)“ wird im Zusammenhang mit der Gestaltung des Wohnbereichs und der Organisation eines Schreibtischs für eine Bewohnerin deutlich, dass dieses kreative Gestaltungshandeln einen Streit bewirkt: *„Da hört man aber wieder von anderen Bewohnern: „eh warum wird der ein Schreibtisch hergestellt ...“ Eigentlich hätten die das auch akzeptieren können, dass das was gutes ist, aber es ist eben schwierig doch, weil die ihre eigenen Erkrankungen vielleicht gar nicht mehr so wahrnehmen können.“* (4, 69).

Diesen Streitpunkt klären die Mitarbeiter in Gesprächen mit den Bewohnern auf, indem sie ihnen den Hintergrund erklären: *„„Wir erklären denen das. Aber grade bei den Dementen bleibt das eben nicht hängen. Das ist am nächsten Tag dieselbe Frage wieder, oder so. Und dann eben immer wieder in Ruhe erklären. [...] Ja also gerade mit dem Schreibtisch, das hat sich jetzt wieder gelegt. Und jetzt redet keiner mehr drüber, jetzt ist es o. k. so.“* (4, 73).

Dabei wenden die Mitarbeiter die Verhaltensweisen „erklären“ und in „immer wieder Ruhe erklären“ an und vermitteln so zwischen den sich streitenden und neidischen Bewohnern bzw. klären den Streit auf. Die Verhaltensweisen „erklären“ und die Aussagen, dass sich der Streit um den Schreibtisch gelegt hat, lassen auf ein vermittelndes Handeln schließen. Dabei werden die Verhaltensweisen in die Verhaltenskategorie „vermitteln und schlichten“ geordnet.

Für das Handeln vermitteln wird der Begriff der Vermittlung zugrunde gelegt, der hier im Sinne von Mediation verwendet wird. Dabei bezeichnet „Vermitteln“ eine Art der Konfliktlösung, die bei den Interessen der Betroffenen ansetzt und durch Kommunikation erfolgt, wobei die Rolle des Mediators der Pflegekraft zugeschrieben wird, die „*die Mittlerposition im Kommunikationsprozess*“ zwischen den Bewohnern einnimmt (FUCHS ET AL. 1988, S. 649, S. 404). Demzufolge wird anhand des kommunikativen Verhaltens „erklären“ und der gruppierten Verhaltensweisen „vermitteln und schlichten“, vor dem Hintergrund der Begriffsverständnisses von Vermitteln im Sinne der Mediation, eine „**Vermittlungsfähigkeit**“ der Mitarbeiter hergeleitet.

Im Critical Incident „Eifersucht und Neid unter Bewohnern (Nr. 18)“ beschreibt eine Mitarbeiterin, wie sie einen Bewohner durch ein Gespräch ablenkt, neidisch und eifersüchtig auf eine andere Bewohnerin zu reagieren. Die Mitarbeiterin berichtet, dass sie dem Bewohner andere Gegenstände zeigt, die für ihn gemacht wurden, um ihn abzulenken und möglicherweise auch, um einem Streit vorzubeugen: „*und dann auch mal was für ihn schönes zeigen, das für ihn auch was gemacht wurde: „was haben sie hier für schöne Blumen ...“ oder mit Musik.*“ (4, 73).

Die Verhaltensweisen „ihm etwas zeigen“, was für ihn gemacht wurde und „auf andere Sachen hinweisen“ (z. B. Blumen, Musik) kennzeichnen ein ablenkendes Handeln im Gespräch mit dem Bewohner. Dabei werden die Verhaltensweisen „ihm etwas zeigen“ und „auf andere Sachen hinweisen“ in die Verhaltenskategorie „Bewohner ablenken“ geordnet. Anhand der Verhaltensweisen wird die „**Fähigkeit abzulenken**“ abgeleitet. Wie bereits angedeutet, erfolgt das Handeln, Bewohner abzulenken durch Gespräche, d. h. im Zusammenhang mit einem kommunikativen Handeln. Somit stellt die Fähigkeit abzulenken eine Form der Kommunikationsfähigkeit dar.

### **Critical Incident: Vorstellung neuer Mitarbeiter (Nr. 19)**

Im Critical Incident „Vorstellung neuer Mitarbeiter (Nr. 19)“ beschreibt eine Mitarbeiterin, wie sie einen neuen Kollegen „mitnimmt“, ihm die Pflegetätigkeiten „erklärt“ und ihn dem Bewohner vorstellt: „*Wir hatten heute noch jemanden zur Hilfe und da habe ich Ihn eben mitgenommen, den Kollegen, den neuen, und habe vor dem Bewohner alles erklärt.*“ (3, 36).

An den Verhaltensweisen „Kollegen mitnehmen“ und „erklären“ wird ein Zusammenarbeiten der Mitarbeiter untereinander erkennbar. Es wird somit die Verhaltenskategorie „zusammenarbeiten“ entwickelt, der die Verhaltensweisen zugeordnet werden.

Zur Begriffserläuterung des Handelns Zusammenarbeiten wird sich auf den Begriff Kooperation gestützt. „*Kooperation*“ stellt eine Bezeichnung für die „*Zusammenarbeit mehrerer Menschen bei der Lösung einer Aufgabe*“ dar (FUCHS ET AL. 1988, S. 427). Ausgehend von der Verhaltensweise „Kollegen mitnehmen“, die eine Zusammenarbeit mit dem neuen Kollegen kennzeichnet, und dem zugrunde gelegten Begriff der Kooperation wird die Fähigkeit „**Team- und Kooperationsfähigkeit**“ hergeleitet. Dabei bezieht sich der Begriffsbestandteil „Team“ insbesondere auf die Zusammenarbeit der Pflegekräfte untereinander und „Kooperation“ auch auf eine Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen.

**Critical Incident „Kotschmieren (Nr. 20)“**

Im Critical Incident „Kotschmieren (Nr. 20)“ beschreibt eine Mitarbeiterin eine Situation, in der eine demente Bewohnerin, die einen Schlaganfall erlitt, ihr Bett während der Mittagsruhe vollständig mit Kot beschmiert (11, 39-45). Die Mitarbeiterin schildert, dass sie die Erfahrungen gemacht hat, dass sie mit Belehrungen bei der Bewohnerin nichts erreicht, da diese dement ist und die Anmerkungen nicht mehr versteht: *„nee Belehrungen, das bringt nichts, überhaupt nicht. Hab ich die Erfahrung gemacht“* (11, 46). In diesem Zusammenhang schildert die Mitarbeiterin, dass sie auf Grundlage dieser Erfahrungen und zum Vorbeugen einer wiederholten Beschmutzung des Bettes, der Bewohnerin einen Anzug anzieht, damit sie das Inkontinenzmaterial nicht zerreißen kann: *„Und zur Nacht haben wir dann so einen Anzug, den wir ihr dann anziehen. Und das ist eigentlich fast immer muss ich sagen. In der Mittagruhe wollen wir sie aber nicht in so ´nen Anzug stecken.“* (11, 41).

Die Verhaltensweisen „Anzug anziehen“ und die Aussage, dass die Mitarbeiterin „die Erfahrung gemacht hat“, lassen ein Handeln aus Erfahrung vermuten. Die Verhaltensweise „Anzug anziehen“ wird in die Verhaltenskategorie „medizinisches und pflegerisches Wissen anwenden“ gruppiert und kennzeichnet eine medizinisch-pflegerische Handlung, die auf der Anwendung von Erfahrung beruht. Anhand dieser Verhaltensweise und der Kategoriegruppe wird die Fähigkeit (Fach)Wissen anzuwenden abgeleitet, die sich in diesem Fall auf die Fähigkeit medizinisches und pflegerisches Wissen anzuwenden bezieht.

In diesem Critical Incident berichtet die Mitarbeiterin, dass sie die Bewohnerin säubert und in diesem Zusammenhang ein Gespräch entsteht. Die Bewohnerin fragt, ob die Mitarbeiterin mit ihr schimpft und diese entgegnet, dass sich nicht mit ihr schimpft, weil das an der Situation nichts ändert: *„Ja sie sagt dann selber es ist nicht schön „... schimpfen Sie mit mir?“ Ich sag dann immer „warum sollen wir den schimpfen ...“ Es bringt ja eh nichts, muss ich mal so sagen. [...] Das wir die Situation eigentlich so beherrschen, das wir sie einfach sauber machen und sagen „es ist zwar nicht schön, was sie da machen ...“, aber wir müssen damit fertig werden.“* (11, 45-46).

Die Verhaltensweise „nicht schimpfen“ und die Aussage der Mitarbeiterin, dass sie die Situation „beherrschen“ und damit „fertig werden“ muss (um nicht mit ihr zu schimpfen), werden in die Verhaltenskategorie „sich beherrschen“ gruppiert. Die Verhaltensweise „nicht schimpfen“ kennzeichnet ein beherrschtes Handeln der Mitarbeiterin im Umgang mit der Bewohnerin. Aufgrund des beherrschten Handelns der Mitarbeiterin wird die Fähigkeit zur Selbstbeherrschung abgeleitet (zur Begriffsbestimmung vgl. Critical Incident Nr. 6).

**Critical Incident: Beistand beim Sterben eines Bewohners (Nr. 22)**

Im Zusammenhang mit dem Critical Incident „Beistand beim Sterben eines Bewohners (Nr. 22)“ beschreibt der Experte den Umgang einer Pflegekraft mit einer sterbenden Bewohnerin. Die Mitarbeiterin „spricht mit beruhigenden Worten“ und „streichelt“ die Bewohnerin: *„hat dann praktisch zu ihr so liebevoll ‚und es ist halt schwer‘ gesprochen, so beruhigend und so gestreichelt eben, und ich auch. Und es war einfach, und die lag wirklich richtig schön versorgt im Bett und auch zufrieden.“* (1, 56).

Es werden die Verhaltensweisen „beruhigend sprechen“ und „beruhigend streicheln“ ermittelt, die in die Verhaltenskategorie „Bewohner beruhigen“ geordnet werden. Anhand dieser Verhaltensweisen wird die **„Fähigkeit zu beruhigen“** abgeleitet. Da es sich dabei um kommunikative Verhaltensweisen „beruhigend sprechen“ und um Verhaltensweisen im Zusammenhang mit dem Ausdrücken von Zuwendung durch „Streicheln“ handelt, wird diese Fähigkeit als eine Form der Kommunikationsfähigkeit betrachtet.

### **Critical Incident: Abbau bei Bewohnern (Nr. 23)**

Im Critical Incident „Abbau bei Bewohnern (Nr. 23)“ beschreibt eine Mitarbeiterin, dass ein Bewohner fortschreitend geistig und körperlich abbaut. Sie schildert, wie sie überlegt, warum der Bewohner nicht so reagiert, wie sie sich das vorstellt und wünscht: *„Na das ist ja gerade so mit den Dementen, da klappt meistens das nicht so, wie man sich's jetzt vorstellt. Also ich denke mal, da muss man von seinen Vorstellungen abkommen und die Situation einfach so nehmen, wie sie ist. [...] Na erst mal überlegt man, warum macht der das jetzt. Und wenn er jetzt nicht will, guckt man später noch mal.“* (18, 51-55).

Anhand der Verhaltensweise „überlegen“ wird erkennbar, dass die Mitarbeiterin nachdenkt, warum sich der Bewohner so verhält. Die Verhaltensweise „überlegen“ wird in die Verhaltenskategorie „nachdenken“ geordnet, dabei kennzeichnet die Verhaltensweise Überlegen ein reflektierendes Handeln in der Situation und ein Reflektieren des Bewohnerverhaltens. Vor dem Hintergrund des im Critical Incident Nr. 17 erläuterten Begriffs „Reflexion“, des Handelns Reflektieren und der Verhaltensweise „überlegen“ kann in dieser Situation eine Reflexionsfähigkeit hergeleitet werden.

### **Critical Incident: Körperpflege (Nr. 24)**

Im Critical Incident „Körperpflege (Nr. 24)“ berichtet eine Mitarbeiterin, dass sie einen dementen Bewohner wiederholt fragt, ob er baden möchte und wenn dieser ablehnt, ihn nicht bedrängt oder zwingt und stattdessen die Entscheidung des Bewohners akzeptiert: *„Ich gehe zwar dann hin und frage noch ein zweites Mal nach. Aber ein drittes Mal mache ich es nicht. Weil ich finde das als Bedrängnis. Also keine Nötigung oder ich zwingen denen auch nicht was auf. Wenn er es nicht will dann sage ich eben „... ist in Ordnung, machen wir es eben nicht.“* (27, 42).

Anhand der Verhaltensweisen der Mitarbeiterin, die den Bewohner „fragt“, aber „kein drittes Mal nachfragt“, ihn „nicht nötigt“ und „nicht zwingt“ zu baden sowie weiterhin angibt, ihm „mitzuteilen“, dass er nicht baden muss: *„machen wir es eben nicht“*, wird erkennbar, dass die Mitarbeiterin die Entscheidung des Bewohners akzeptiert. Die Verhaltensweisen „nicht nötigen“ und „nicht zwingen“ werden in die Verhaltenskategoriegruppe „akzeptieren“ geordnet.

Die begriffliche Zuordnung zum Handeln, das Bewohnerverhalten zu akzeptieren, geschieht dabei vor dem Hintergrund eines allgemeinen Verständnisses von „akzeptieren“. Dieses wird in der Psychologie im Zusammenhang mit dem *„Bereich des Akzeptierens“* erläutert, der im Zusammenhang mit der Einstellung des Menschen auf einem *„Einstellungskontinuum, Meinungsäußerungen umfaßt, denen zugestimmt wird“*. Dabei wird Einstellung als *„durch Erfahrung, Erziehung und/oder abstrakte Wertmaßstäbe geprägte, relativ überdauernde Orientierungs-, Bewertungs- und Handlungstendenzen“* gegenüber

Gegenständen, Situationen oder Personen definiert (FRÖHLICH 2004, S. 92, S. 141). Ausgehend von der Begriffsbestimmung und den Verhaltensweisen kann abgeleitet werden, dass die Mitarbeiter über eine „**Fähigkeit zu akzeptieren**“ verfügen. Im Zusammenhang mit dem Critical Incident besitzt die Mitarbeiterin einen „Wertmaßstab“, den Bewohner und sein Verhalten als akzeptierend zu bewerten.

Weiterhin ist diesem Critical Incident zu entnehmen, dass eine Mitarbeiterin ihren Tagesablauf dem Bewohner anpasst und flexibel auf den Bewohner zu reagiert: *„Na ja, man muss eben sehen das man eben einen Punkt erwischt, wo sie jetzt sagt, o. k. jetzt mache ich's. Und sobald sie sagt jetzt sagt sie ja, dann muss man gehen. Da muss man praktisch wie man jetzt seine Dienstzeit eingerichtet hat, muss man eben sagen, so jetzt lass ich das sein. Obwohl das auch wichtig ist. Aber die sagt jetzt gerade ja, jetzt muss ich die machen.“* (27, 52).

Anhand der Verhaltensweisen „einen Punkt erwischen“ und die „eingerichtete Dienstzeit sein lassen“ und „zum Bewohner gehen“ lässt sich ein flexibles Handeln erkennen. Aus diesem Grund werden diese Verhaltensweisen unter die Verhaltenskategorie „flexibel handeln“ geordnet. Das flexible Handeln bezieht sich auf ein Anpassen an die Arbeitsorganisation, da die Mitarbeiterin angibt, dass sie ihre „eingerichtete Dienstzeit ändert“, weil die Bewohnerin sich gerade jetzt dafür entscheidet, sich waschen zu lassen. Aufgrund der Verhaltensweisen wird auf das Handeln, sich flexibel anzupassen geschlossen und eine Flexibilität und Anpassungsfähigkeit hergeleitet (zur Begriffsbildung vgl. Critical Incident Nr. 18).

Im Critical Incident „Körperpflege (Nr. 24)“ beschreiben die Mitarbeiter häufig Situationen, in denen sie Bewohner waschen und baden, die sich ungern waschen und pflegen lassen bzw. die Pflege ablehnen. Eine Mitarbeiterin schildert, dass sie es „geschafft hat, Bewohner zu baden bzw. zu waschen“ und sie „sich durchsetzt“, die Bewohnerin zu duschen: *„Und ich habe es eigentlich bis jetzt immer geschafft, dass ich sie baden konnte oder dass ich sie waschen konnte. [...] haben wir jetzt durchgesetzt, dass wir es schaffen, wenn es geht wenigstens zwei Mal in der Woche zu duschen.“* (8, 32; 4, 46).

Die Verhaltensweisen „durchsetzen“ Bewohner zu duschen und zu baden werden in die Verhaltenskategorie „sich durchsetzen“ gruppiert, da sie das von der Mitarbeiterin geschilderte Verhalten beschreiben. Dabei wird ein Handeln „sich durchzusetzen“ abgeleitet, das Verhaltensweisen kennzeichnet, die geplanten Tätigkeiten der Mitarbeiter durchzuführen. Aufgrund des erläuterten Verhaltens und des abgeleiteten Handelns wird die „**Durchsetzungsfähigkeit**“ der Mitarbeiterin hergeleitet.

Als Orientierung für die Begriffsbildung Durchsetzungsfähigkeit dient der Begriff „Macht“. Dabei wird Macht verstanden als *„Chance den eigenen Willen auch gegen den Widerstand der Betroffenen durchzusetzen“*. Dabei gilt Macht als *„Oberbegriff für die verschiedenen Chancen der Durchsetzung“* (FUCHS ET AL. 1988, S. 439f.)

Im Critical Incident „Körperpflege (Nr. 24)“ wird erkennbar, dass die Mitarbeiter die Dienstplanung vorausschauend planen und die Mitarbeiter so zum Dienst einteilen, dass immer ein Mitarbeiter anwesend ist, um die demente Bewohnerin zu waschen, die sich nur

von bestimmten Mitarbeitern waschen lässt. *„Und erst war es auch so, da durften nur zwei Betreuer sie duschen, von den anderen hat sie es überhaupt nicht machen lassen. Da gucken wir jetzt immer ein bisschen, wer Dienst hat, dass es wenigstens jemand ist, die so ein bisschen ruhig sind und nicht so auf sie doll einreden. Das sie es dann irgendwo auch machen lässt.“* (4, 56).

Anhand der Verhaltensweisen „schauen, wer Dienst hat“, „jemanden einteilen, den die Bewohnerin akzeptiert“ wird erkennbar, dass die Mitarbeiter den Dienst und das Duschen der Bewohnerin organisieren und vorausplanen. Die Verhaltensweisen „schauen, wer Dienst hat“, „jemanden einteilen, den die Bewohnerin akzeptiert“ werden vor diesem Hintergrund in die Verhaltenskategorie „vorausschauend planen“ gruppiert. Folglich wird ein planendes und organisierendes Handeln abgeleitet. Als Fähigkeit, die dieses Handeln ermöglicht, wird eine Planungs- und Organisationsfähigkeit begrifflich hergeleitet, die sich an die Begriffsdefinition von „planen“ und „organisieren“ anlehnt (vgl. dazu Critical Incident Nr. 7).

Im Critical Incident „Körperpflege (Nr. 24)“ wird deutlich, dass die Mitarbeiterin, „überlegt“, warum sich die Bewohnerin nicht duschen lässt und eine Erklärung für ihr Verhalten findet: *„Und dann wird sie jetzt zwei mal in der Woche geduscht, aber mitunter reicht das nicht und dann muss sie eben noch mal geduscht werden. Sie sitzt dann so da, ... guck mich nicht an, fass mich nicht an ...‘. Die hat einfach die Einstellung von früher her. Sie schämt sich, geniert sich und ist dann auch schwierig zu händeln.“* (6, 123).

Anhand der Verhaltensweisen „überlegen“ und „Erklärung finden“, die aus den Beschreibungen abgeleitet werden können, wird angenommen, dass die Mitarbeiterin das Verhalten der Bewohnerin hinterfragt. Die Verhaltensweisen „überlegen“ und „Erklärung finden“ werden somit in die Verhaltenskategorie „hinterfragen“ geordnet, die diese Verhaltensweisen begrifflich fasst. Anhand des Verhaltens „hinterfragen“ wird ein reflektierendes Handeln und eine Reflexionsfähigkeit hergeleitet, über die die Mitarbeiter in diesem Situationsbezug verfügen (zur Begriffsbestimmung von „Reflektieren“ vgl. Critical Incident Nr. 17).

In den Ereignissen des Critical Incidents „Körperpflege (Nr. 24)“ werden weiterhin Verhaltensweisen zur Körperpflege von Bewohner ermittelt. Die Mitarbeiter (und Bewohner) beschreiben, dass sie die Bewohner „waschen“, „duschen“, „baden“ (die Grund- und Körperpflege durchführen). Eine Bewohnerin berichtet: *„Und da kommt die Schwester und wäscht einem dann den Rücken und so. Vorne kann ich das ja alles noch alleine machen zum Glück. [...] Was der Rücken und so, das machen die alles. Die waschen alles.“* (25, 46; 19, 42).

Die Verhaltensweise „waschen“, („duschen“ und „baden“ wurden bereits in anderen Situationen genannt) kennzeichnet ein Handeln, die Körperpflege durchzuführen und wird aus diesem Grund in die Verhaltenskategorie „Körperpflege durchführen“ gruppiert. Anhand dieser Verhaltensweisen und der Kategoriegruppe wird die Fähigkeit (Fach)Wissen anzuwenden abgeleitet, die sich in diesem Fall auf die **„Fähigkeit Körperpflege durchzuführen“** bezieht.

Weiterhin wird im Critical Incident „Körperpflege (Nr. 24)“ ermittelt, dass die Mitarbeiter im Team über schwierige Bewohner sprechen und sich beraten, wie sie ein Problem im Zusammenhang mit der Durchführung der Körperpflege und der Behandlungspflege lösen können: *„Ja wir unterhalten uns dann auch in der Übergabe oder einmal im Monat haben wir dann Teamsitzung, da geht’s dann auch wieder über solche Probleme. Und wir haben es jetzt auch durchgesetzt, dass wir es eben schaffen, zwei Mal sie zu duschen, was erst überhaupt nicht ging.“* (4, 56).

Die Verhaltensweisen „unterhalten in der Teamsitzung“, „besprechen der Probleme in der Teamsitzung“ kennzeichnen Verhaltensweisen, Probleme im Team zu besprechen. Diese Verhaltensweisen werden somit in die Verhaltenskategorie „Probleme besprechen“ kategorisiert. Die Verhaltensweisen „unterhalten in der Teamsitzung“, „besprechen der Probleme in der Teamsitzung“ können somit als Handeln, Probleme gemeinsam zu lösen verstanden werden. Vor diesem Hintergrund wird hier die **„Fähigkeit Probleme gemeinsam zu lösen“** hergeleitet.

Die Ableitung des Handelns und der Fähigkeit, Probleme gemeinsam zu lösen geschieht vor dem Hintergrund der Verwendung der Begriffe „Problemlösen“ bzw. „Problemlösungsverhalten“. *„Problemlösen“* kennzeichnet einen *„Prozess, durch den die Individuen oder Gruppen einen – ihnen vorher nicht benannten – Weg finden, um von einem gegebenen Ausgangszustand zu einem gewünschten Endzustand oder Ziel zu gelangen.“* (FUCHS ET AL. 1988, S. 592). Dabei werden die äußerlich sichtbaren angewendeten Verhaltensweisen und die inneren Denkprozesse der Individuen als das Problemlösungsverhalten bezeichnet (vgl. ebd.). Im Zusammenhang mit dem Critical Incident bezieht sich die Fähigkeit Probleme gemeinsam zu lösen und das Problemlösungsverhalten auf die Verhaltensweisen „unterhalten in der Teamsitzung“ und „besprechen der Probleme in der Teamsitzung“, die „äußerlich angewendete Verhaltensweisen“ darstellen.

### **Critical Incident: Intimsphäre (Nr. 25)**

Im Critical Incident „Intimsphäre (Nr. 25)“ wird von einem Experten beschrieben, wie er Besucher durch den Wohnbereich begleitet und eine offene Zimmertür sieht. In dem Zimmer wird eine Bewohnerin bei offener Tür gewaschen. Die Mitarbeiter, die die Bewohnerin waschen, unterhalten sich laut über private Angelegenheiten: *„das denen das gar nicht aufgefallen ist, also das die wirklich einfach nur rein gegangen sind, zu zweit und haben die Tür offen stehen lassen. [...] Und haben sich eben mit privat irgendwie, weil die Bewohnerin nicht mehr antworten kann. [...] Also eigentlich mit sich beschäftigt die Mitarbeiter und nicht mit dem Bewohner und auch gar nicht wahrgenommen, dass eigentlich jemand die Tür zugemacht hat. Warn also eigentlich total im Gespräch, ja.“* (1, 63-67).

An den Verhaltensweisen „gar nicht aufgefallen“, „mit sich beschäftigt“ und „gar nicht wahrgenommen“ wird erkennbar, dass die Mitarbeiter in diesem Critical Incident einerseits den Bewohner nicht wahrnehmen und andererseits auch ihre Umwelt nicht wahrnehmen und so nicht bemerken, dass der Experte die Tür schließt.

Die Verhaltensweisen „gar nicht aufgefallen“, „mit sich beschäftigt“ und „gar nicht wahrgenommen“ werden in die Verhaltenskategorie „nicht wahrnehmen“ geordnet, da sie

ein Handeln beschreiben, das in diesem Kontext durch eine fehlende Wahrnehmung gekennzeichnet ist. Vor dem Hintergrund der im Zusammenhang mit dem Critical Incident Nr. 1 erläuterten begrifflichen Grundlage für das Handeln Wahrnehmen – die interpersonelle bzw. soziale Wahrnehmung – und der daraus hergeleiteten Fähigkeit zur Wahrnehmung wird in diesem Critical Incident Nr. 25 anhand des Handelns „nicht wahrnehmen“ abgeleitet, dass den Mitarbeitern die Fähigkeit zur Wahrnehmung fehlt bzw. nicht vorhanden ist.

Weiterhin wird im Critical Incident „Intimsphäre (Nr. 25)“ vom Experten beschrieben, dass jeder bei der Pflege der Bewohnerin zuschauen konnte, da die Zimmertür geöffnet war und dass die Bewohnerin „entwürdigend“ behandelt wurde: *„Weil das also sicher für die Bewohnerin dort richtig unangenehm war. Sie hat das bestimmt nicht wahrgenommen in dem Moment, aber ich fand es unmöglich, wirklich die Tür offen und ob sie nackt war, das weiß ich nicht, aber die Bettdecke war weg geschlagen und das ist entwürdigend. [...] Und haben sich eben mit privat irgendwie, weil die Bewohnerin nicht mehr antworten kann. Also das fand ich schon daneben. Also eigentlich mit sich beschäftigt die Mitarbeiter und nicht mit dem Bewohner und auch gar nicht wahrgenommen, dass eigentlich jemand die Tür zugemacht hat. Warn also eigentlich total im Gespräch, ja. [...] dass die Tür so offen und wirklich die Frau dort ausgeliefert war, jeglichen Blicken“* (1, 61).

An den Verhaltensweisen „Tür offen lassen“, „Bettdecke weg schlagen“, „privat unterhalten“, weil die Bewohnerin nicht mehr antworten kann, „mit sich beschäftigen“, die auch bereits teilweise im Zusammenhang mit der fehlenden Wahrnehmung erläutert wurden, wird erkennbar, dass sich die Mitarbeiter nicht in die Pflegesituation hineinversetzen und nicht in die Bewohnerin einfühlen, die dort „jeglichen Blicken ausgeliefert“, gewaschen wurde. Die genannten Verhaltensweisen werden in die Verhaltenskategorie „nicht einfühlen“ geordnet, da sie ein Handeln beschreiben, das durch ein fehlendes Einfühlen in die Situation der Bewohnerin charakterisiert ist. Insbesondere das Verhalten „mit sich selbst beschäftigen“ und „privat unterhalten“ kennzeichnet, dass sich die Mitarbeiter nicht mit der Bewohnerin und der Pflegesituation identifizieren.

Ausgangspunkt für die Kategoriebezeichnung „nicht einfühlen“ stellt der Begriff Empathie = Einfühlung dar. „Einfühlung“ ist eine Bezeichnung *„für das Sich-Hineinversetzen in eine andere Person“* oder das Sich-Identifizieren mit der Person mit der Absicht, sie durch inneres Nachvollziehen ihrer Verhaltensweisen zu verstehen (FUCHS ET AL. 1988, S. 178). Vor dem Hintergrund dieses Verständnisses von Einfühlung (Empathie) wird eine **„Fähigkeit sich in andere einzufühlen und hineinzuversetzen“** hergeleitet.

Da jedoch die Mitarbeiter im Critical Incident Nr. 25 nicht einführend handeln und sich nicht in die Bewohnerin und die Pflegesituation hineinversetzen, kann angenommen werden, dass diese Fähigkeit nicht vorhanden ist. Die Mitarbeiter unterhalten sich über die Bewohnerin hinweg, beschäftigen sich mit sich selbst und versetzen sich nicht in das Empfinden der Bewohnerin hinein. Sie handeln somit in diesem Situationszusammenhang nicht einführend (und nicht wahrnehmend). Somit kann geschlussfolgert werden, dass den Mitarbeitern die Fähigkeit, sich in andere einzufühlen und hineinzuversetzen fehlt.



**Critical Incident: Bewohner schimpfen und beleidigen (Nr. 26)**

Im Critical Incident „Bewohner schimpfen und beleidigen (Nr. 26)“ schildert ein Pfleger, wie er von einem Bewohner beschimpft und beleidigt wird und wie er sich daraufhin verhält: *„wenn da was nicht klappt, tut der einen sonst wie titulieren. Auf dem niedrigsten Niveau her. Das muss man sich dann eben gefallen lassen. Da muss man dann eben dastehen und schlucken.“* (13, 40).

Eine andere Mitarbeiterin berichtet im Critical Incident Nr. 26: *„Ja, belastend ist das, wenn Bewohner da sind, die nur schimpfen. Die wirklich nur schimpfen, in jeder Situation immer das Schlechte sehen. Also, ob ich jetzt diese Bewohnerin zuerst nehmen oder die, es wird immer geschimpft. [...] Aber das muss ich dann eben wegstecken.“* (3, 43).

Die geschilderten Verhaltensweisen „sich gefallen lassen“, „dastehen und schlucken“ sowie „wegstecken“ werden in die Verhaltenskategorie „erdulden“ geordnet, da anhand dieser Verhaltensweisen ein erduldenes Verhalten abgeleitet werden kann. Das erdulden Verhalten der Mitarbeiter kennzeichnet den Umgang mit schimpfenden und beleidigenden Bewohnern. Da sich die Mitarbeiter nicht wehren bzw. von den Bewohnern distanzieren, sondern die Beleidigungen „schlucken“ und „wegstecken“, wird hier ein beherrschtes Handeln und somit die Fähigkeit zur Selbstbeherrschung abgeleitet. Dabei lehnt sich der Begriff Selbstbeherrschung bzw. Beherrschung an den Begriff der „Selbstkontrolle“ an, der bereits im Zusammenhang mit einem beherrschten Handeln im Critical Incident Nr. 6 erläutert wurde.

Im Critical Incident „Bewohner schimpfen und beleidigen (Nr. 26)“ berichtet eine Mitarbeiterin, dass sie nicht nachtragend auf die Beschimpfungen einer dementen Bewohnerin reagiert und die Beschimpfungen vergisst: *„so dass ich dann irgendwie nachtragend bin. Darf man eigentlich auch gar nicht, da ist man fehl am Platz. [...] Und ich hab's dann auch vergessen. Ich kann jetzt nicht so irgendwie, der Typ bin ich eigentlich nicht, so dass ich dann irgendwie nachtragend bin.“* (8, 34).

Die Verhaltensweisen Beschimpfungen „nicht nachtragen“ und „Beschimpfungen vergessen“ werden in die Verhaltenskategorie „verzeihen“ geordnet, da sie ein nachsichtiges Handeln kennzeichnen. Insofern kann anhand des nachsichtigen Handelns eine **„Fähigkeit nachsichtig zu handeln“** abgeleitet werden.

Im Critical Incident „Bewohner schimpfen und beleidigen (Nr. 26)“ schildert eine Mitarbeiterin, dass es Bewohner gibt, die ständig unzufrieden mit den Handlungen der Pflegekräfte sind: *„Die kann man aber auch als erstes nehmen, das ist dann auch nicht richtig. Die kann man als letztes nehmen, oder in der Mitte.... Das ist auch nicht richtig“* (3, 43).

Eine andere Mitarbeiterin schildert, dass sie eine Bewohnerin morgens weckte, was der Bewohnerin nicht Recht war. Sie reagiert ungehalten und beschimpft die Mitarbeiterin. Daraufhin lässt die Mitarbeiterin die Bewohnerin am nächsten Tag ausschlafen, diese Handlung war allerdings auch nicht richtig: *„So da dachte ich mir, na ja gut, was du machst, machst du eh falsch. Das kommt mir so ein bisschen hoch. Wie gesagt den einen Tag ist es nicht richtig zu wecken und den anderen Tag ist es nicht richtig sie schlafen zu lassen.“* (28, 40).

Eine andere Mitarbeiterin stellt sich bereits vor dem Arbeitstag schon auf das Schimpfen der Bewohner ein und denkt sich dann, „das Erklären es bringt nichts“: *„Es sind immer die gleichen Bewohner. Wo man sich eigentlich schon darauf einstellt und dann froh ist, wenn mal ein Tag nicht ganz so ist, mit Schimpfen. [...] Ich erkläre es noch mal und ich sage dann auch mal etwas im forschendem Ton, aber alles noch angemessen und dann sage ich nichts mehr dazu. Dann denke ich mir „musste halt schimpfen“, das bringt nichts.“* (3, 45-47).

Anhand der Verhaltensweisen der Mitarbeiter „Bewohnerin als erste nehmen“, „Bewohnerin als letzte nehmen“, „Bewohnerin wecken“, „Bewohnerin schlafen lassen“ wird zunächst erkennbar, dass die Mitarbeiter die Wünsche der Bewohner erfüllen und sich flexibel anpassen. Allerdings wird an den Aussagen „sie als erste zu nehmen, ist nicht richtig“ und „sie als letzte, oder in der Mitte zu nehmen, ist auch nicht richtig“ sowie „was du machst, machst du eh falsch“ und „auf das Schimpfen einstellen“ und „denken, Erklären bringt sowieso nichts“ deutlich, dass die Mitarbeiter im Umgang mit den Bewohnern und aufgrund deren Verhalten resignieren. Aus diesem Grund werden die Verhaltensweisen „auf das Schimpfen einstellen“, den Bewohner „schimpfen lassen und nicht darauf eingehen“ sowie die Einstellungen der Mitarbeiter, „was du machst, machst du eh falsch“ und „denken, Erklären bringt sowieso nichts“, die sich auf das Verhalten auswirken, in die Verhaltenskategorie „resignieren“ gruppiert, die dieses Handeln kennzeichnet.

Die Begriffsbildung der Resignation bzw. resignieren wird im Zusammenhang mit dem Verständnis von „resignativer Arbeitszufriedenheit“ verwendet und bezeichnet eine „*Verminderung der bisherigen Erwartungen*“, die an die Bewohnererwartungen angepasst werden bzw. ein „sich den Bewohnererwartung fügen“ (FRÖHLICH 2004, S. 73).<sup>79</sup>

Die Verhaltenskategorie „resignieren“ wird im Situationszusammenhang, mit schwierigen und beleidigenden Bewohnern umzugehen als eine Abgrenzung bzw. Distanzierung vom Bewohner verstanden. Sie kennzeichnet somit ein Handeln, sich vom Bewohner zu distanzieren. Als begriffliche Basis dienen die Begriffe „soziale Distanz“ und „Distanz“, dabei bezeichnet „Distanz“ in der Sozialpsychologie eine *„Einstellung bestimmten Gegenständen oder Menschen gegenüber, sie äußert sich in dem Wunsche, mit den betreffenden in nicht zu enge Berührung kommen zu wollen“* (FRÖHLICH 2004, S. 130). „Soziale Distanz“ (auch sozialer Abstand) bezeichnet ein Verhältnis zwischen Personen oder sozialen Gruppen, wobei die sozialen Interaktionen (z. B. Kommunikation) die soziale Distanz überbrücken oder vergrößern. Dabei wird soziale Distanz als räumliches und symbolisches Verhältnis zwischen Personen verstanden (vgl. FUCHS ET AL. 1988, S. 166).

---

<sup>79</sup> Grundlage für den Begriffszusammenhang bildet die „Theorie der Arbeitszufriedenheit“: *„Eine Grundannahme der Motivationsforschung (Leistungsmotivation) besagt, daß das Verhältnis zwischen Leistungszielen, Anspruchsniveau und Leistung unter Einbeziehung von Kontrollerwartungen und -überzeugungen für das aktuelle und künftige Handeln bestimmend ist. [...] Stimmen Ist- (erlebte Merkmale der Arbeitssituation) und Soll-Werte (Erwartungen und Bedürfnisse der Arbeitenden) überein, so resultiert zunächst eine stabilisierende Zufriedenheit; [...] Stimmen Ist- und Soll-Werte nicht überein, so kann die resultierende diffuse Unzufriedenheit zur Senkung oder Beibehaltung des Anspruchsniveaus führen. Mit einer Senkung geht oftmals Resignative A. (d. h. Verminderung der bisherigen Erwartungen; Angleichung des Soll-Werts an den ursprünglich nicht zufriedenstellenden Ist-Wert) einher“* (FRÖHLICH 2004, S. 72-73).

Vor dem Hintergrund der Erläuterungen zu den Begriffen Resignieren und (soziale) Distanz wird anhand der beschriebenen resignierenden Verhaltensweisen ein Handeln abgeleitet, sich vom Bewohner zu distanzieren. Somit wird im Kontext dieses Critical Incidents die „**Distanzierungsfähigkeit**“ der Mitarbeiter begrifflich bestimmt.

Ebenfalls im Critical Incident „Bewohner schimpfen und beleidigen (Nr. 26)“ wird ermittelt, dass die Mitarbeiter „weggehen“, und zu einem anderen Bewohner gehen, wenn dieser sie beschimpft: *„Ich geh dann zu jemand anderen und als ich dann wieder zurückkomme, in den Speiseraum, fünf Minuten später, wie umgewandelt, die gleiche Bewohnerin, wie umgewandelt.“* *„Oder lasse sie einfach und geh dann eben. Und dann kommen sie schon wieder. Das ist immer eine, die da speziell auch mit dem Personal immer schimpft und so“* (28, 44).

Weiterhin beschreibt eine Mitarbeiterin, dass sie „Abstand nimmt“ und die Beschimpfungen nicht an „sich herankommen lässt“: *„Ich kann mich da nicht hochschaukeln. Weil da wird man nicht froh. Also dann wird man selber unzufrieden. Soweit lasse ich das nicht rankommen. Da halte ich dann schon ein bisschen Abstand.“* (3, 54).

Die Mitarbeiter beschreiben Verhaltensweisen, wie „weggehen“ und „Abstand nehmen“ (indem sie die Beschimpfungen nicht an sich heranlassen), die ein Zurückziehen bzw. Distanzieren veranschaulichen, dass einerseits räumlich durch „weggehen“ und andererseits symbolisch durch „Abstand nehmen und Beschimpfungen nicht an sich heranlassen“ gekennzeichnet ist. Die Verhaltensweisen „weggehen“ und „Abstand nehmen“ werden somit in die Verhaltenskategorie „zurückziehen“ kategorisiert, die ebenfalls ein sich distanzierendes Handeln beschreibt. Vor diesem Hintergrund und den oben erläuterten Begriffen wird die Distanzierungsfähigkeit der Mitarbeiter hergeleitet.

Im Critical Incident „Bewohner schimpfen und beleidigen (Nr. 26)“ beschreiben Mitarbeiter, dass sie mit schimpfenden und beleidigenden Bewohnern „nicht mehr reden“ und ihnen „nicht mehr antworten“: *„Er hat sich auch schon zigmal entschuldigt bei mir und wenn ich dann nicht mehr reagiere, rede ich dann nicht mehr. Wenn es dann ganz schlimm ist, rede ich dann nicht mehr.“* *„Na ja, meistens, wenn ich dann nichts mehr darauf sage, in meiner Schicht, oder ich sage mal ein paar Stunden nichts [sind sie] erst mal still.“* (8, 49; 3, 49).

Eine andere Mitarbeiterin schildert, dass die die Beschimpfungen „nicht anhört“ bzw. den schimpfenden Bewohnern „nicht zuhört, was diese ihr mitteilen“: *„Aber dann höre ich einfach nicht mehr, was sie schimpfen, weil es wird immer geschimpft.“* (3, 43).

Anhand der Verhaltensweisen „nicht mehr reden“, „nicht antworten“ und „nicht hinhören“ wird erkennbar, dass die Mitarbeiter die Bewohner beabsichtigt nicht beachten. Diese Verhaltensweisen werden aus diesem Grund in die Verhaltenskategorie „ignorieren“ gruppiert, da sie ein Verhalten darstellen, dass durch ein beabsichtigtes Nichtbeachten gekennzeichnet ist. Dabei lehnt sich die Begriffsfindung des Begriffs Ignorieren an den Begriff (*pluralistische*) „Ignoranz“ an, der Situationen bzw. das Verhalten von Menschen bezeichnet, die bestimmte Normen innerlich ablehnen und nicht befolgen (vgl. FUCHS ET AL. 1988, S. 330).

Im Zusammenhang mit dem Critical Incident beachten die Mitarbeiter beabsichtigt das Verhalten der Bewohner nicht und lehnen eine Kommunikation mit ihnen ab. Ignorieren wird dabei als eine Verhaltensweise des sich distanzierenden Handelns verstanden, da die Mitarbeiter vom Bewohner Abstand nehmen. Somit wird anhand der Verhaltensweisen „nicht mehr reden“, „nicht antworten“ und „nicht hinhören“ eine Distanzierungsfähigkeit hergeleitet.

Weiterhin berichtet eine Mitarbeiterin im Critical Incident „Bewohner schimpfen und beleidigen (Nr. 26)“, dass sie sich nicht alle Beschimpfungen von den Bewohnern gefallen lässt und sich dagegen wehrt, indem sie dem Bewohner „die Meinung sagt“ und ihn „im Gespräch zurechtweist“: *„Ich sag ihm erst mal die Meinung, bei ihm muss man das sagen. Er ist so ein Typ, dass man das nicht wegsteckt. Er kommt immer wieder und provoziert einen aufs Neue. [...] und sag auch manchmal ‚... na das müssen sie aber jetzt nicht sagen, ich sage das doch auch nicht zu Ihnen‘.“* (8, 47/34).

Die Verhaltensweisen „die Meinung sagen“ und Bewohner „im Gespräch zurechtweisen“ (die Äußerungen zu unterlassen) werden als Verhaltensweisen eines sich wehrenden Verhaltens in die Verhaltenskategorie „sich wehren“ geordnet. Dabei kennzeichnen diese Verhaltensweisen ebenfalls ein sich distanzierendes Handeln, da die Mitarbeiter Abstand von den Äußerungen der Bewohner nehmen und sich aber im Gegensatz zum eher unkommunikativen Distanzierungshandeln (resignieren und ignorieren) kommunikativ wehren und den Bewohnern ihre Meinung mitteilen. Aus diesem Grund wird anhand der Verhaltensweisen „die Meinung sagen“ und Bewohner „im Gespräch zurechtweisen“ eine Distanzierungsfähigkeit der Mitarbeiter hergeleitet.

### **Critical Incident: Bewohner schreit (Nr. 27)**

Im Critical Incident „Bewohner schreit (Nr. 27)“ beschreibt eine Mitarbeiterin ein Ereignis, mit einer Bewohnerin, die oft mitten in der Nacht laut schreit und dann schwer zu beruhigen ist. *„Na ich hab sie erst mal, wo sie anfang mit schreien, erst mal beruhigt, versucht. Im Guten und dann haben wir oben, wir sind ja zu zweit, habe ich dann die obere Pflegekraft runtergeholt und das war zufällig ein Mann. Und dann hab ich gedacht, vielleicht kann der dann man ein bisschen resoluter sein und mit ’ner kräftigeren Stimme sagen, sie soll aufhören. Das hat auch nicht geholfen und dann haben wir den Rettungsdienst angerufen.“* (16, 46).

Anhand der Verhaltensweisen „versucht mit Worten zu beruhigen“, „Pflegekraft holen“ und „Rettungsdienst anrufen“ wird erkennbar, dass die Mitarbeiterin in der Situation erkennt, sie muss ihr Verhalten ändern. Sie zieht aus diesem Grund den Pfleger hinzu und alarmiert später den Rettungsdienst. Folglich werden die Verhaltensweisen „versucht zu beruhigen“, „Pflegekraft holen“ und „Rettungsdienst anrufen“ in die Verhaltenskategorie „erkennen und Verhalten ändern“ geordnet. Dabei beschreiben die Verhaltensweisen „versucht mit Worten zu beruhigen“, „Pflegekraft holen“ und „Rettungsdienst anrufen“ ein Handeln, Perspektiven zu wechseln. Die Perspektiven stellen die Verhaltensweisen „mit Worten beruhigen“, „Pfleger hinzuziehen“ und „Rettungsdienst anrufen“ dar. Die genannten Verhaltensweisen sowie das davon abgeleitete Handeln, Perspektiven zu wechseln, lassen auf die **„Fähigkeit zum Perspektivwechsel“** schließen.

Den Begriffsbildungen des Handelns, Perspektiven zu wechseln und der abgeleiteten Fähigkeit zum Perspektivwechsel liegen dabei die Begriffe „Erkennen“ sowie „Perspektive“ zugrunde. Erkennen (auch Kognition) stellt einen Prozess dar, *„durch den der Organismus Informationen oder Kenntnisse über Objekte der Umwelt und die Beschaffenheit der Realität erwirbt. Dazu gehören die Aktivitäten des Wahrnehmens, Denkens, Vorstellens, Lernens Urteilens usw.“* (FUCHS ET AL. 1988, S. 392). Perspektive bedeutet übertragen, *„etwas von einem bestimmten Standpunkt aus zu betrachten (Perspektivität) bzw. die Bedeutung von Einstellungen, Prinzipien u. ä. bei der Beurteilung von Sachverhalten.“* (FRÖHLICH 2004, S. 332). Die Begriffsverwendung der Fähigkeit zum Perspektivwechsel bezieht sich darauf, dass die Mitarbeiterin erkennt (wahrnimmt), dass sie die Bewohnerin durch Worte nicht beruhigen kann und daraufhin neue Perspektiven sucht und ihr Verhalten ändert: Sie zieht zunächst einen weiteren Pfleger hinzu und alarmiert dann den Rettungsdienst.

### **Critical Incident: Bestimmende Bewohner (Nr. 28)**

Im Critical Incident „Bestimmende Bewohner (Nr. 28)“ beschreibt eine Mitarbeiterin ein Ereignis mit einer dementen Bewohnerin, die einen Beruf als Ärztin ausübte und aufgrund ihres Berufsverständnisses die Arbeit der Pflegekräfte im Heim bestimmt. Die Mitarbeiterin schildert den physischen und psychischen Abbau der Bewohnerin, der mit der Krankheit Demenz einhergeht, und vergleicht die Bewohnerin mit einem Kind: *„Ist ja auch wie mit kleinen Kindern. Das war ich nicht, das war der oder die. So ne Situation, praktisch. Manchmal könnte man denken, man ist hier wie in so einem Kindergarten wo man kleine Kinder praktisch jetzt hier aber vom Nassen ins Trockene haben will. Hier sind ja die Heimbewohner, die nass werden. Man will sie auch trocken haben.“* (27, 57).

Anhand der Verhaltensweise die Bewohner mit Kindern „zu vergleichen“ und die Pflegetätigkeit mit der Arbeit im Kindergarten „zu vergleichen“ wird deutlich, dass die Mitarbeiterin Verknüpfungen herstellt. Vor diesem Hintergrund werden die Verhaltensweisen „vergleichen“ in die Verhaltenskategorie „Verknüpfungen herstellen“ geordnet, da die Mitarbeiter verschiedene Vorstellungen (Pflegeheim und Kindergarten bzw. Kinder und Bewohner) verknüpfen. Diese Verhaltensweisen und die Verhaltenskategorie kennzeichnen eine Assoziation. Anhand der Verhaltensweisen wird eine **„Assoziationsfähigkeit“** hergeleitet.

Die Begriffsbildung Assoziationsfähigkeit erfolgt dabei vor dem Hintergrund der Bedeutung von „Assoziation“. Assoziation bezeichnet die Verknüpfung von Vorstellungen oder Gefühlen und Bewegungen mit Vorstellungen, die bewirken, *„dass das Bewusstwerden einer Vorstellung andere mit ihr verknüpfte Vorstellungen ins Gedächtnis ruft.“* (FUCHS ET AL. 1988, S. 68).

### **Critical Incident: Validieren eines unzufriedenen Bewohners (Nr. 29)**

Im Critical Incident „Validieren eines unzufriedenen Bewohners (Nr. 29)“ beschreibt ein Experte, wie eine Bewohnerin mit dem Krankheitsbild mittlere Demenz unzufrieden und ärgerlich reagiert, weil sie ihre Tochter aus dem Kindergarten abholen möchte und ihre Unzufriedenheit die Pflegekraft spüren lässt. Die Pflegekraft ist *„dort sehr gefühlvoll auf die Bewohnerin eingegangen ist und versucht hat, Sie zu validieren [...] sehr ruhig auf die Bewohnerin eingegangen“* (2, 77).

Die Verhaltensweisen „gefühlvoll eingehen“, „ruhig eingehen“ werden als ein Einfühlen in den Bewohner und die Situation des Bewohner verstanden und somit in die Verhaltenskategorie „einfühlen“ geordnet. Die Mitarbeiterin handelt einführend, indem sie auf die Bewohnerin „eingeht“, sich in sie hineinversetzt und sie „validiert“.

Ausgehend vom Begriff Einfühlung (Empathie), der bereits im Critical Incident Nr. 25 erläutert wurde, wird anhand der beschriebenen Verhaltensweisen ein Handeln abgeleitet, dass durch Einfühlen und Hineinversetzen gekennzeichnet ist. Schlussfolgernd wird hier die Fähigkeit sich in andere einzufühlen und hineinzuversetzen hergeleitet.

Im Critical Incident „Validieren eines unzufriedenen Bewohners (Nr. 29)“ beschreibt ein Experte, wie die Pflegekraft eine Bewohnerin bestätigt und ihr dadurch „Wertschätzung vermittelt“: *„hat im ersten Teil durch aktives Zuhören die Bewohnerin bestätigt, also der das Gefühl der Wertschätzung vermittelt und die Bewohnerin gleich das Gefühl gekriegt hat erstgenommen zu werden.“* (2, 81).

Die Verhaltensweisen „Bewohner ernst nehmen“, „aktiv Zuhören“, „Bewohner bestätigen“ und „Gefühl der Wertschätzung vermitteln“ werden in diesem Situationszusammenhang in die Verhaltenskategorie „wertschätzend verhalten“ geordnet. Anhand dieser Verhaltensweisen wird ein Handeln abgeleitet, dass durch eine Vermittlung von Wertschätzung gekennzeichnet ist. Vor dem Hintergrund dieser Verhaltensweisen der Mitarbeiter und dem abgeleiteten wertschätzenden Umgangs mit den Bewohnern lässt sich somit eine **„Fähigkeit Wertschätzung zu vermitteln“** herleiten.

Weiterhin wird im Zusammenhang mit dem Critical Incident „Validieren eines unzufriedenen Bewohners (Nr. 29)“ berichtet, dass eine Mitarbeiterin eine demente Bewohnerin im Gespräch validiert, indem sie sich auf die Ebene des Dementen begibt: *„Auf jeden Fall ist Sie sehr ruhig auf die Bewohnerin eingegangen, hat nicht emotional reagiert, hat im ersten Teil durch aktives Zuhören die Bewohnerin bestätigt, also der das Gefühl der Wertschätzung vermittelt und die Bewohnerin gleich das Gefühl gekriegt hat erstgenommen zu werden, und dann hat sich die Mitarbeiterin auf die geistige Ebene der Dementen begeben und hat wirklich versucht durch das Aufgreifen der Thematik Kindergarten [...] sich auf die Ebene des Dementen zu begeben. Und dort das validierende Gespräch zu führen, und in dem Gespräch die Bewohner aus der Situation herauszuführen.“* (2, 81).

Die Verhaltensweisen „Bewohner ernst nehmen“, „aktiv Zuhören“, „Bewohner bestätigen“ und „Gefühl der Wertschätzung vermitteln“, „auf die Ebene des Dementen begeben“, „die Thematik aufgreifen“, „ein validierendes Gespräch führen“ kennzeichnen ein validierendes Verhalten des Mitarbeiters im Umgang mit der Bewohnerin. Aus diesem Grund werden die Verhaltensweisen in die Verhaltenskategorie „validieren“ geordnet. Anhand dieser Verhaltensweisen und der Kategoriegruppe wird die Fähigkeit (Fach)Wissen anzuwenden abgeleitet, die sich in diesem Fall auf die **„Fähigkeit Bewohner zu validieren“** bezieht.

Die Validation kennzeichnet das Fachwissen der Mitarbeiter im Umgang mit dementen Bewohnern, wobei in der Analyse des Critical Incidents deutlich wird, dass ein validierendes Verhalten immer mit der Kommunikationsfähigkeit (z. B. durch „ein validierendes Gespräch führen“), der Fähigkeit zum Zuhören (z. B. durch „aktiv Zuhören“), der

Fähigkeit Wertschätzung zu vermitteln (z. B. durch „Bewohner bestätigen“) und der Fähigkeit sich in andere einzufühlen und hineinzuversetzen (z. B. durch „auf die Ebene des Dementen begeben“ und „auf den Bewohner eingehen“) verknüpft ist.

### **Critical Incident: Kritisierender Bewohner (Nr. 30)**

Im Critical Incident „Kritisierender Bewohner (Nr. 30)“ beschreibt ein Experte eine Situation, in der ein Bewohner das Verhalten einer Pflegekraft kritisiert, die sich daraufhin persönlich angegriffen fühlt. Die Pflegekraft macht dem Bewohner rau und ungehalten klar, das er sich irrt und sich die Situation anders darstellt, als er sie einschätzt: *„Und die Mitarbeiterin aber dann recht barsch auf ihn reagiert hat und sich zu unrecht angegriffen gefühlt hat, von dem Bewohner. Und da sie eine stattliche, große Statur darstellt, ist sie auf ihn zugegangen und hat ihm recht rau klargemacht, dass er dort wahrscheinlich einer Falschwahrnehmung unterliegt und die Situation anders sei, als er sie eingeschätzt hat. Und die Emotion, die in dem Gespräch lag, das ist eigentlich das Unschöne gewesen. Nicht unbedingt der Inhalt. Der Bewohner ist nicht dement. Mit Ihm könnte man sicher über das Inhaltliche diskutieren, aber es fehlte ein Stück die Wertschätzung, dem Bewohner gegenüber“* (2, 86).

Die Verhaltensweisen „reagiert barsch und rau“, „geht auf Bewohner zu“, „spricht laut mit Bewohner“, „kommuniziert emotional“ beschreiben, dass sich die Mitarbeiterin im Umgang mit dem Bewohner nicht wertschätzend verhält. Aus diesem Grund werden die genannten Verhaltensweisen in die Verhaltenskategorie „nicht wertschätzend verhalten“ gruppiert. Sie verdeutlichen, dass die Mitarbeiterin dem Bewohner im Gespräch keine Wertschätzung vermittelt. Vor dem Hintergrund des im Critical Incident Nr. 29 erläuterten Handelns, das durch eine Vermittlung von Wertschätzung gekennzeichnet ist, und der hergeleiteten Fähigkeit Wertschätzung zu vermitteln kann in diesem Situationskontext anhand der beschriebenen Verhaltensweisen abgeleitet werden, dass der Mitarbeiterin diese Fähigkeit fehlt.

### **Critical Incident: Bewohner schikanieren Mitarbeiter (Nr. 31)**

Im Critical Incident „Bewohner schikanieren Mitarbeiter (Nr. 31)“ beschreibt eine Mitarbeiterin eine Situation mit Bewohnern, die sehr unzufrieden mit sich selbst oder mit ihren Angehörigen sind und ihre Unzufriedenheit die Mitarbeiter spüren lassen. Sie versuchen die Mitarbeiter zu schikanieren und Tätigkeiten von ihnen ausführen zu lassen, die sie selbst noch tun können (17, 37-45). Die Mitarbeiterin schildert, dass sie die Bewohner auffordert beispielsweise die Körperpflege selbst durchzuführen. Da die Bewohner jedoch nicht fähig sind, diese Pflegehandlungen so schnell und routiniert auszuführen wie die Mitarbeiterin, muss sie „sich Zeit nehmen“ und „warten“ bis der Bewohner die Handlungen durchgeführt hat: *„Sondern mir die Zeit auch nehmen zu warten, dass sie es macht. Also das der Bewohner es auch selbst noch kann. Ich kann ja hier, das kostet Zeit, das kostet auch Geduld, aber man muss einfach noch ein bisschen fordern. Das sie es ein bisschen selbst noch mit tun.“* (17, 43).

Die Verhaltensweisen „sich Zeit nehmen“ und „warten“ werden in die Verhaltenskategorie „sich Zeit nehmen“ geordnet. Das Verhalten sich „Zeit zu nehmen“ und „zu warten“, bis der Bewohner die Pflgetätigkeit durchgeführt hat, kennzeichnet ein flexibles und an den Bewohner angepasstes Handeln der Mitarbeiter. Das flexible Handeln bezieht sich auf ein

flexibles Anpassen an die Bedürfnisse des Bewohners. Es wird daran deutlich, dass die Mitarbeiterin angibt, zu warten und sich für die Pflege des Bewohners Zeit zu nehmen. Demzufolge kann anhand der Verhaltensweisen und des Handelns der Mitarbeiterin eine Flexibilität und Anpassungsfähigkeit hergeleitet werden (zur Begriffsbestimmung vgl. Critical Incident Nr. 18).

### **Critical Incidents: Bewohner arbeitet mit (Nr. 34) und Bewohner zur Selbstpflege anregen (Nr. 35)**

Im Critical Incident „Bewohner arbeitet mit (Nr. 34)“ beschreibt die Mitarbeiterin, wie sie die demente Bewohnerin anleitet, sich in den Rollstuhl zu setzen: *„geht auf meine Wünsche, Forderungen die ich an sie stelle, dass sie aufsteht, also mir mit folgt und mir mit behilflich ist, dass sie mitmacht, in Rollstuhl sich zu setzen [...] ich geb' ihr die Hand dort hin, sie sollte sich dort festhalten, und sie macht das.“* (17, 28).

Im Critical Incident „Bewohner zur Selbstpflege anregen (Nr. 35)“ schildert eine andere Mitarbeiterin, wie sie eine demente Bewohnerin anleitet, sich selbst zu waschen: *„Wir haben oben eine ganz demente Heimbewohnerin, die lässt sich aber sehr gut händeln. Also da staunt man eigentlich manchmal, was sie noch kann, muss ich mal sagen. Man denkt immer man macht eigentlich manchmal viel zu viel und weil es eigentlich, sage ich mal so, schneller geht, anstatt sich die Zeit zu nehmen und das die Bewohnerin selber machen zu lassen. Und heute hatte ich eine Schülerin da und da habe ich das eigentlich so gemacht, muss ich mal sagen. Und hab mich daneben hingestellt und habe aber die Handlungen gesagt, die zu tun sind und das hat alles geklappt.“* (11, 31).

Die erläuterten Verhaltensweisen, den Bewohner „zu fordern“, „Handlungen ansagen“, den Bewohner „führen“ und „Handlungen vorzeigen“ können in die Verhaltenskategorie „Mobilisation anleiten“ kategorisiert werden, da sie anleitende Handlungen darstellen, um die Bewohner zu mobilisieren. Die Anleitung zur Mobilisation erfolgt dabei durch Kommunikation und durch „Vorzeigen“. Anhand der geschilderten Verhaltensweisen und der Verhaltenskategorie wird die Fähigkeit (Fach)Wissen anzuwenden abgeleitet, die sich in diesem Fall auf die **„Fähigkeit Bewohner zur Mobilisation anzuleiten“** bezieht.

Das Anleiten der Mobilisation kennzeichnet ein Fachwissen der Mitarbeiter im Umgang mit dementen Bewohnern, wobei in der Analyse der Critical Incidents deutlich wird, dass diese Fähigkeit immer mit der Kommunikationsfähigkeit verknüpft ist.

Bevor eine Zusammenfassung der ermittelten (Handlungs-)Fähigkeiten erfolgt, werden zunächst in den folgenden Kapiteln die Beobachtungsdaten und die in den Beobachtungen ermittelten Critical Incidents analysiert. Die aus den Interviews und Beobachtungen analysierten (Handlungs-)Fähigkeiten werden in Kapitel 8.5.3 zusammengefasst und im Anschluss daran in Kapitel 8.6.1 als Komponenten der Kompetenzen systematisiert dargestellt.

## **8.5.2 Datenanalyse der Critical Incidents der Beobachtung**

Die Aufzeichnungen der Beobachtungen im Forschungstagebuch werden zunächst nochmals transkribiert und dabei in Sinneinheiten strukturiert, die es ermöglichen, sie im weiteren Verlauf der Datenanalyse zu codieren und auszuwerten. Die Datenanalyse erfolgt



ebenfalls unter Verwendung des Programms MAXqda2® Software for Qualitative Data Analysis, das sich gleichermaßen für die Auswertung der Beobachtungsaufzeichnungen als adäquates Hilfsmittel für die Codierung und Kategorienbildung herausstellt.

Die Auswertung der Beobachtungsdaten erfolgt inhaltsanalytisch, indem aus den strukturierten Sinneinheiten der Textpassagen Critical Incidents ermittelt werden. Die weiteren Textinhalte, die keine Critical Incidents darstellen, werden auf Verhaltensweisen der Mitarbeiter geprüft, um gegebenenfalls neue Codes zu bilden und das Kategorienschema zu erweitern. Die weitere Auswertung der Aufzeichnungen orientiert sich an der Fragestellung des Beobachtungsschwerpunktes: „Welche Organisationsstrukturen und Arbeitsabläufe können beobachtet werden und wie ist der Arbeitstag der Mitarbeiter und die Tagesgestaltung der Bewohner organisiert?“. Somit werden aus den Beobachtungsdaten neben den Critical Incidents weitere Kategorien analysiert, die die Interviewdaten ergänzen (vgl. Kapitel 8.6.2 Exkurs zum Heimkontext).

#### 8.5.2.1 Ermittelte Critical Incidents der Beobachtung

Die Aufzeichnungen der Critical Incidents in den Beobachtungen werden ebenfalls in Anlehnung an die beschriebene Datenanalyse von FLANAGAN (1954) und CARTER (1995) (vgl. Kapitel 8.2.2.2) analog zu den in Kapitel 8.5.1 angeführten sieben Schritten codiert und ausgewertet. Dieses Vorgehen in der Datenauswertung der Beobachtungen im Vergleich zu den Interviews erweist sich als vorteilhaft im Hinblick auf einen Vergleich der Ergebnisse ((Handlungs-)Fähigkeiten und Kompetenzen) und hinsichtlich der Untersuchung möglicher Differenzen zur Ergänzung der Ergebnisse des Datenmaterials.

Die beobachteten Situationen werden zunächst entsprechend ihres Inhaltes bezeichnet. So können aus den Aufzeichnungen insgesamt 29 beobachtete Situationen klassifiziert und codiert werden. Anschließend erfolgt eine Zusammenfassung ähnlicher bzw. gleicher Situationen unter eine Kategorie. Demzufolge bilden 13 beobachtete Critical Incidents (vgl. Tabelle 8-13) den Ausgangspunkt für die Datenanalyse.

Die Abgrenzung der Critical Incidents nach positiven und negativen Situationen erweist sich in den Beobachtungen schwieriger als in den Interviews, in denen durch die Fragen eine Abgrenzung ermittelt wird. In den Beobachtungen wird anhand von subjektiven Einschätzungen des Beobachters unterschieden, ob sich die Situation positiv oder negativ für den Bewohner darstellt.<sup>80</sup> Dabei bezieht sich die Autorin auf ihre fachlichen und personellen Kompetenzen zur Einschätzung des Verhaltens der Mitarbeiter, wobei der Umgang mit dem Bewohner im Mittelpunkt der Beobachtungen steht. Beachtung finden hierbei besonders die Aspekte Individualität, entgegengebrachte Wertschätzung, Selbstbestimmung oder geäußerte Schmerzen.

---

<sup>80</sup> Die Auswertung der Daten konzentriert sich jedoch nicht auf eine Unterscheidung nach positiven und negativen beobachteten Critical Incidents.

Nr.	Critical Incidents der Beobachtungen	Häufigkeit	
		positiv	negativ
1B	Bewohnerin möchte nicht essen	1	1
2B	Bewohnerin möchte wegfahren	1	
3B	Verbandswechsel		2
4B	Katheterwechsel		1
5B	Baden eines bettlägerigen Bewohners		1
6B	Bewohnerin kleckert		1
7B	Bewohner möchte nicht ausruhen		1
8B	Lagerung einer Bewohnerin		1
9B	Körperpflege	9	4
10B	Toilettenbegleitung		2
11B	Bewohnerin klettert aus dem Bett	1	
12B	Streit zwischen Bewohnern	1	
13B	Haarpflege eines Bewohners	1	1
	Summe:	19	10
	Gesamtanzahl Critical Incidents:	29	

Tabelle 8-13: Critical Incidents der Beobachtung  $T_1$  und ihre Häufigkeiten

### 8.5.2.2 Situationsbeschreibungen: Von beobachteten Critical Incidents zu Verhaltensweisen

Nachfolgend werden die 13 beobachteten Critical Incidents erläutert und dabei mehrfach genannte und ähnliche Critical Incidents zusammengefasst vorgestellt. Die beobachteten Verhaltensweisen in den Critical Incidents werden in Verhaltensschilderungen und Ergebnisschilderungen geordnet. Am Ende dieses Analyseschrittes werden die aus den beobachteten Critical Incidents ermittelten Verhaltensweisen gruppiert und zusammengefasst (vgl. Anlage 6). Im Verlauf der Auswertung erfolgt die Entwicklung von (Handlungs-)Fähigkeiten auf Grundlage der Verhaltensweisen (vgl. 8.5.2.3).

#### Beobachtete kritische Ereignisse

##### *Bewohnerin möchte nicht essen (Nr. 1B)*

Es werden zwei Situationen beobachtet. Davon kann die erste als positiv und die zweite Situation als negativ im Umgang mit Bewohnern eingeschätzt werden. Eine Altenpflegeschülerin kommt mit folgenden Problemen zur Pflegekraft: Sie weiß nicht, ob die Bewohnerin ihre Zahnprothese beim Essen trägt und sie teilt der Pflegekraft mit, dass die Bewohnerin nicht frühstücken möchte. In der zweiten Situation wird das Essenreichen bei einer stark dementen Bewohnerin beobachtet, die ebenfalls nicht essen möchte (vgl. Anlage 10, Beobachtungsprotokolle vom 16.11./17.11.05).

Folgende Verhaltensweisen der Mitarbeiter und Ergebnisse der Situationen werden beobachtet:

Verhaltensweisen	Beobachtungen
nicht informiert über Handhabung der Zahnprothese	Die Schülerin weiß nicht, ob die Bewohnerin Zähne beim essen trägt.
Zahnprothese einsetzen	Die Pflegekraft setzt der Bewohnerin nur die obere Zahnprothese ein. begründet ihre Handlung damit, dass das Kauen mit beiden Prothesen

	drücken und schmerzen kann
versetzt sich in Bewohnerin, die Schmerzen beim Kauen hat	Die Pflegekraft setzt der Bewohnerin nur die obere Zahnprothese ein. begründet ihre Handlung damit, dass das Kauen mit beiden Prothesen drücken und schmerzen kann.
Getränk reichen	Die Pflegekraft reicht ihr zuerst ein Getränk.
Mund anfeuchten	Die Pflegekraft reicht ihr zuerst ein Getränk um den Mund anzufeuchten, damit das Essen besser geschluckt wird.
Häppchen reichen	Die Pflegekraft reicht der Bewohnerin häppchenweise Weißbrotstücken.
Speisen in den Mund stecken	Sie steckt der Bewohnerin das Weißbrot in den Mund.
Bewohnerin an Schüler übergeben	Sie übergibt die Bewohnerin wieder der Schülerin, mit der Aufgabe, es zu versuchen.
Tabletten versteckt	Sie hat die Tabletten im Weißbrot versteckt, damit diese geschluckt werden.
nicht mitteilen	Die Pflegekraft teilt der Bewohnerin nicht mit, was es zu essen gibt.
nicht angeleitet	Die Pflegekraft teilt ihr nicht mit, dass die Bewohnerin den Mund öffnen soll.
übergibt Bewohnerin	Eine Probearbeiterin übernimmt dann das Essenreichen, da sich die Pflegekraft um organisatorische Dinge kümmern muss.
sprechen	Die Probearbeiterin spricht mit der Bewohnerin und teilt ihr mit, was es zu essen gibt.
auffordern	Die Probearbeiterin animiert die Bewohnerin zu essen.
Anleitung der Schülerin	Die Schülerin wird von der Pflegekraft angeleitet.
<b>Ergebnisse</b>	<b>Beobachtungen</b>
Bewohnerin isst	Die Bewohnerin isst die Weißbrotstückchen.

### ***Bewohnerin möchte wegfahren (Nr. 2B)***

Folgende positiv eingeschätzte Situation einer Mitarbeiterin im Umgang mit einer Bewohnerin wird beobachtet: Eine demente Bewohnerin kommt zur Pflegekraft ins Dienstzimmer und berichtet, dass sie aus dem Ort X stammt und nach Y fahren möchte, der Ort liegt in der Nähe von X. Die Bewohnerin weiß nicht, wie sie dort hin gelangen kann (vgl. Anlage 10, Beobachtungsprotokoll vom 17.11.05).

Folgende Verhaltensweisen der Mitarbeiterin und Ergebnisse der Situation werden beobachtet:

<b>Verhaltensweisen</b>	<b>Beobachtungen</b>
erklären	Die Mitarbeiterin erklärt ihr, dass es zu weit sei und die Entfernung von hier sehr groß ist.

in Bewohnerin hineinversetzen	Die Mitarbeiterin geht im Gespräch auf die Bewohnerin ein, versucht sie zu verstehen.
-------------------------------	---

im Gespräch validieren	Die Mitarbeiterin führt ein validierendes Gespräch.
------------------------	---

**Ergebnisse****Beobachtungen**

Bewohnerin gibt sich zufrieden	Die Bewohnerin lenkt ein und berichtet, sie geht dann doch wieder dort auf dem Wanderweg spazieren, wo sie sich gerade befindet.
--------------------------------	--

**Verbandswechsel (Nr. 3B)**

Folgende zwei negativ eingeschätzte Situationen von Mitarbeitern im Umgang mit Bewohnern werden beobachtet: Die Pflegekraft nimmt die Schülerin mit zum Verbandswechsel, der geübt werden soll. Die Bewohnerin hat einen Dekubitus an den Fersen, mit dem sie so aus dem Krankenhaus entlassen wurde. Die Bewohnerin ist bettlägerig, sehr dement und unruhig. Die zweite Situation betrifft eine andere Bewohnerin; dieser wird der Verband am offenen Fuß gewechselt, wobei sie sehr über Schmerzen klagt (vgl. Anlage 10, Beobachtungsprotokoll vom 18.11.05).

Folgende Verhaltensweisen der Mitarbeiter und Ergebnisse der Situationen werden beobachtet:

**Verhaltensweisen****Beobachtungen**

nimmt Schüler mit zum Üben	Die Pflegekraft nimmt die Schülerin mit zum Verbandswechsel, die diesen üben sollen.
----------------------------	--

Bewohnerin an Beinen festhalten	Die Bewohnerin ist sehr unruhig und wird von zwei Mitarbeitern an den Beinen festgehalten, damit der Verbandswechsel durchgeführt werden kann.
---------------------------------	--

bemerken, Katheter ist entfernt	Beim Verbandswechsel stellen die Mitarbeiter fest, dass sich die Bewohnerin den Katheter selbst entfernt hat.
---------------------------------	---

priorisieren	Die Mitarbeiter entscheiden, den Katheter später neu zu legen, zuerst wird der Verband erneuert.
--------------	--

Socken heraussuchen	Eine Mitarbeiterin sucht Socken, die elastisch sind und gut über den Verband passen.
---------------------	--

zu kleine Socken angezogen	Sie zieht ihr zunächst Socken an, die der Bewohnerin zu klein sind und bewirkt daraufhin, dass die Bewohnerin vor Schmerzen schreit.
----------------------------	--

größere Socken suchen	Eine Mitarbeiterin sucht Socken, die elastischer und größer sind und zieht sie ihr an.
-----------------------	--

in Schmerzen der Bewohnerin einfühlen	Die Mitarbeiterin fühlt sich in die Schmerzempfindungen der Bewohnerin ein.
---------------------------------------	---

tröstet, dass der Fuß besser aussieht	Die Mitarbeiterin tröstet die Bewohnerin, dass der Fuß besser aussieht.
---------------------------------------	---

motiviert Bewohnerin,	Die Pflegekraft berichtet ihr, dass die Wunde schon besser aussieht und
-----------------------	---

durchzuhalten es noch dauert, bis sie verheilt.

### Ergebnisse

### Beobachtungen

Schmerzen bei der Bewohnerin Die Bewohnerin äußert Schmerzen, weil die Socken zu eng sind und an den Verletzungen anliegen.

### *Katheterwechsel (Nr. 4B)*

Diese beobachtete Situation wird ebenfalls als negativ im Umgang der Mitarbeiter mit der Bewohnerin eingeschätzt. Der ersten Bewohnerin aus der Situation „Verbandswechsel“ wird der Katheter neu gelegt. Die Bewohnerin entfernte sich den Katheter bereits schon öfters selbst. Im Zimmer der Bewohnerin stehen vier Mitarbeiter (Pflegekraft aus dem Frühdienst, Mitarbeiter im Spätdienst, Schüler und Probearbeiterin) die die Situation verfolgen (vgl. Anlage 10, Beobachtungsprotokoll vom 18.11.05).

Folgende Verhaltensweisen der Mitarbeiter und Ergebnisse der Situation werden beobachtet:

### Verhaltensweisen

### Beobachtungen

Pflegematerial im Dienstzimmer suchen

Die Mitarbeiter suchen die Pflegeutensilien und Materialien zum Katheterlegen im Dienstzimmer, finden sie dort aber nicht.

Pflegematerial im Bewohnerzimmer suchen

Im Zimmer der Bewohnerin finden die Mitarbeiter einen Korb mit allen benötigten Materialien. Die Pflegematerialien stehen immer im Zimmer, weil sich die Bewohnerin den Katheter schon öfters selbst entfernt hatte.

bemerken

Die Mitarbeiter stellen fest, dass sich die Bewohnerin die Söckchen mit Verband fast vom Fuß gestrampelt hat.

zu enge Socken anziehen

Daraufhin werden ihr von zwei Mitarbeitern stabilere Socken angezogen, die etwas eng sind.

hören der Schmerzäußerungen

Die Bewohnerin äußert laut hörbar Schmerzen beim Socken anziehen. Trotz ihrer Demenz berichtete sie, dass sie Schmerzen empfindet und dass die Mitarbeiter aufhören und sie in Ruhe lassen sollten.

nicht mit Bewohnerin sprechen

Während der ganzen Zeit wird die Frau selten direkt von den Mitarbeitern angesprochen.

nicht anleiten, warum Bewohnerin festgehalten wird

Die Mitarbeiter geben der Bewohnerin keine direkten Hinweise, z. B. die Arme still zu halten.

Arme und Beine festhalten

Beim Katheterlegen werden die Beine und Arme der Bewohnerin von drei Mitarbeitern festgehalten, da sie sehr mobil und unruhig ist.

desinfizieren

Die Bewohnerin wird im Intimbereich von einer Mitarbeiterin desinfiziert.

Katheter wird neu gelegt

Der Katheter wird von einer Mitarbeiterin gelegt.

### Ergebnisse

### Beobachtungen

erleichterte Mitarbeiter

Nach dem Anziehen der Socken, wirken die Mitarbeiter und die Bewohnerin erleichtert.

Schmerzen bei der Bewohnerin Die Bewohnerin äußert laut hörbar Schmerzen beim Socken anziehen.

Erschöpfung bei der Bewohnerin Nach Beendigung der Prozedur, wirkt die Bewohnerin sehr erschöpft.

### ***Baden eines bettlägerigen Bewohners (Nr. 5B)***

Folgende negativ eingeschätzte Situation einer Mitarbeiterin im Umgang mit einem Bewohner wird beobachtet: Ein bettlägeriger, dementer Bewohner mit Kontrakturen an den Beinen wird mittels eines Hebelifters zum Bewohnerbad gefahren und im Tragetuch von einer Mitarbeiterin gebadet. Diese Situation wird ebenfalls genutzt, den Bewohner vor dem Baden zu wiegen. Das führt aufgrund des Hebelifters zu Schwierigkeiten, da die spezielle Waage nicht genau funktioniert und der Bewohner nochmals im Rollstuhl auf eine Waage geschoben werden muss, um ein genaues Ergebnis zu erhalten (vgl. Anlage 10, Beobachtungsprotokoll vom 7.11.05).

Folgende Verhaltensweisen der Mitarbeiterin und Ergebnisse der Situation werden beobachtet:

<b>Verhaltensweisen</b>	<b>Beobachtungen</b>
auf Tragetuch gelegt	Der Bewohner wird von der Mitarbeiterin auf ein Tragetuch gelegt, das am Hebelifter befestigt ist.
Sicherung des Tuchs am Lifter	Der Bewohner wird von der Mitarbeiterin mit den Beinen und dem Oberkörper durch Haltegurte gesichert, dann wird das Tragetuch am Lifter hochgefahren.
Bewohner hängt am Lifter	Der Bewohner liegt mit dem Rücken im Tragetuch und hängt ca. einen Meter über dem Boden.
fehlende Funktions-Kenntnisse	Die Altenpflegerin, die auch Geräteverantwortliche ist, weiß nicht wie der Lifter in Betrieb zu nehmen ist und wundert sich, warum die Batterieanzeige nicht funktioniert.
nachfragen, Rat suchen	Die Altenpflegerin fragt die Beobachterin, ob sie ihr helfen kann. Sie empfiehlt das Gerät anzuschalten.
stützt Bewohner	Aufgrund der Beinkontrakturen des Bewohners kann dieser nicht optimal von der Mitarbeiterin am Tragetuch und Lifter transportiert werden, so dass sein Hals und sein Kopf nicht im Tragetuch aufliegen und von der Beobachterin gestützt werden.
Fahren des Lifters	Die Mitarbeiterin fährt der Bewohner, bedeckt mit Handtüchern und Decken, ins Pflegebad.
Wiegen des Bewohners	Die Mitarbeiterin wiegt den Bewohner, bevor er ins Bad gefahren wird. Dazu fährt sie den Lifter auf eine spezielle Waage, die das Gewicht anzeigt.
Tragetuch herablassen	Die Mitarbeiterin lässt Bewohner für das Pflegebad mit dem Lifter in die Wanne herunter.
Baden des Bewohners	Die Mitarbeiterin badet den Bewohner, im Tragetuch liegend.

Gespräch mit Kollegen	Während des Badens kommt ein Altenpfleger ins Bad und erwähnt beiläufig, dass das Wiegen mit dem Lifter zu fehlerhaften Daten führt und es besser sei, den Bewohner in einem Rollstuhl auf die Waage zu fahren.
informiert sich nicht über Waage	Die Mitarbeiterin informiert sich nicht über die Fehlmessungen der Waage.
abtrocknen	Die Mitarbeiterin trocknet den Bewohner nach dem Baden ab.
fönen	Die Mitarbeiterin fönt seine Haare.
Lifter fahren	Die Mitarbeiterin fährt den Bewohner nach dem Baden in dem nassen Tragetuch durch den Wohnbereich zur Waage.
Tragetuch herablassen	Die Mitarbeiterin lässt den Bewohner auf den Rollstuhl herab (dabei wird der gesamte Rollstuhl, der mit Stoff bezogen ist, nass).
erneut wiegen (Rollstuhl)	Die Mitarbeiterin schiebt den Bewohner mit dem Rollstuhl auf die Waage.
Transport ins Bett	Anschließend transportiert die Mitarbeiterin ihn ins Bett.
abtrocknen	Sie trocknet den Bewohner nochmals ab (da er noch im nassen Tragetuch liegt).
ankleiden	Die Mitarbeiterin zieht den Bewohner an.
zieht Tageswäsche an	Sie entscheidet sich, ihm doch einen Pullover anzuziehen, da es ja am Tag üblich und besser ist, normale Kleidung zu tragen.

**Ergebnisse****Beobachtungen**

Bewohner liegt im nassen Tuch	Der Bewohner liegt die gesamte Zeit des Wiegens im nassen Tragetuch.
Bewohner wird zweimal gewogen	Der Bewohner wird einmal unnötig gewogen.

***Bewohnerin kleckert (Nr. 6B)***

Die folgende beobachtete Situation kann als negativ im Zusammenhang mit ihrer Auswirkung für die Bewohnerin eingeschätzt werden. Eine neue Bewohnerin (seit ca. 14 Tagen im Altenpflegeheim) isst mit allen anderen Bewohnern im Speiseraum und beschmutzt trotz Serviette ihre Kleidung. Die PDL sieht das und teilt einer anderen Mitarbeitern mit, dass das nächste Mal ein Handtuch verwendet werden sollte, damit die Kleidung nicht so schmutzig wird (vgl. Anlage 10, Beobachtungsprotokoll vom 7.11.05).

Folgende Verhaltensweisen der Mitarbeiterin und Ergebnisse der Situation werden beobachtet:

**Verhaltensweisen****Beobachtungen**

sehen	Ein Mitarbeiter sieht, dass die Bewohnerin sich bekleckert.
Gespräch mit Mitarbeitern	Der Mitarbeiter spricht mit den Kollegen.

Vorschlag einbringen	Der Mitarbeiter schlägt vor, dass die Bewohnerin bei der nächsten Mahlzeit ein Handtuch als Kleidungsschutz bekommen sollte.
vorbeugen	Der Mitarbeiter macht den Vorschlag, um die Kleidung der Bewohnerin vor Beschmutzung zu schützen.
Ausziehen vorbeugen	Der Mitarbeiter erwähnt den Hinweis, um die Bewohnerin nicht wieder komplett neu anzukleiden.
Gespräch unter Mitarbeitern	Eine Mitarbeiterin im FSJ spricht im Gespräch mit den Altenpflegern darüber.
vorschlagen	Die Mitarbeiterin im FSJ schlägt im Gespräch mit Kollegen vor, die Bewohnerin das nächste Mal im Bett essen zu lassen.
<b>Ergebnisse</b>	<b>Beobachtungen</b>
Bewohnerin muss im Bett essen	Die Bewohnerin muss die folgenden Mahlzeiten für einige Zeit im Bett einnehmen.

### ***Bewohner möchte nicht ausruhen (Nr. 7B)***

Folgende negativ eingeschätzte Situation einer Mitarbeiterin im Umgang mit einer Bewohnerin wird beobachtet: Eine demente Bewohnerin möchte mittags nicht ruhen, sondern äußert, lieber im Rollstuhl am Fenster sitzen zu bleiben und rauszuschauen. Sie wird von einer Mitarbeiterin zur Mittagsruhe überredet. Die Bewohnerin ist sturzgefährdet und darf nach richterlicher Anordnung im Bett und im Rollstuhl bei Bedarf mit einem Gurt gesichert werden (vgl. Anlage 10, Beobachtungsprotokoll vom 7.11.05).

Folgende Verhaltensweisen der Mitarbeiterin und Ergebnisse der Situation werden beobachtet:

<b>Verhaltensweisen</b>	<b>Beobachtungen</b>
spricht mit Bewohnerin	Die Mitarbeiterin spricht mit der Bewohnerin.
im Gespräch überzeugen	Die Mitarbeiterin überzeugt die Bewohnerin im Gespräch, sich ins Bett zu legen.
ins Bett legen	Die Bewohnerin wird von der Mitarbeiterin ins Bett gelegt.
Sturz vorbeugen	Die Mitarbeiterin bringt die sturzgefährdete Bewohnerin ins Bett, um möglicherweise eine Sturzsituation vorzubeugen.
<b>Ergebnisse</b>	<b>Beobachtungen</b>
Bewohnerin muss ins Bett	Die Bewohnerin wird ins Bett gelegt.

### ***Lagerung einer Bewohnerin (Nr. 8B)***

Die nachfolgend beobachtete Situation wird ebenfalls als negativ im Umgang einer Mitarbeiterin mit einer Bewohnerin eingeschätzt: Eine Mitarbeiterin führt bei einer Bewohnerin eine Lagerung durch. Die Bewohnerin wird von der Mitarbeiterin von der



Seitenlage in die Rückenlage gebracht. Die Bewohnerin äußert bei der Lagerung, die schnell und unangekündigt durchgeführt wird, Schmerzen in ihren Beinen und schreit (vgl. Anlage 10, Beobachtungsprotokoll vom 9.11.05).

Folgende Verhaltensweisen der Mitarbeiterin und Ergebnisse der Situation werden beobachtet:

<b>Verhaltensweisen</b>	<b>Beobachtungen</b>
schnelle Bewegung	Die Mitarbeiterin dreht die Bewohnerin mit einer schnellen Bewegung auf den Rücken.
nicht angekündigt	Die Mitarbeiterin teilt der Bewohnerin nicht mit, dass sie auf den Rücken gedreht wird.
nicht sprechen	Die Mitarbeiterin spricht nicht mit der Bewohnerin.
nicht anleiten	Die Mitarbeiterin gibt der Bewohnerin keine Anleitung zur Unterstützung bei der Bewegung.
hören	Die Mitarbeiterin hört die Schmerzensschreie der Bewohnerin.
umfasst den Kopf	Die Mitarbeiterin umfasst den Kopf der Bewohnerin.
drückt auf den Mund	Die Mitarbeiterin drückt der Bewohnerin mit ihrer Hand leicht auf den Mund.
Schreie unterdrücken	Die Mitarbeiterin dämpft die Schmerzensschreie der Bewohnerin.
nicht auf Schmerzen eingehen	Die Mitarbeiterin geht nicht weiter auf die Schmerzen der Bewohnerin ein.
<b>Ergebnisse</b>	<b>Beobachtungen</b>
Schmerzen bei Bewohnerin	Die Bewohnerin äußert Schmerzen in den Beinen.
Bewohnerin schreit	Die Bewohnerin schreit.
unangenehme Situation	Die Situation ist der Altenpflegerin sichtlich unangenehm.

### ***Körperpflege (Nr. 9B)***

Bei den beobachteten Situationen der Körperpflege handelt es sich um Tätigkeiten, die die Mitarbeiter morgens und am Vormittag beim Waschen und Baden von Bewohnern ausführen. Dabei können neun Situationen als positiv und vier Situationen als negativ im Umgang der Mitarbeiter mit den Bewohnern eingeschätzt werden. Im Folgenden werden alle Verhaltensweisen der Mitarbeiter in den verschiedenen Körperpflegesituationen aufgezeigt (vgl. Anlage 10, z. B. Beobachtungsprotokolle vom 7.11./9.11./10.11.05).

Folgende Verhaltensweisen der Mitarbeiter und Ergebnisse der Situationen werden beobachtet:

<b>Verhaltensweisen</b>	<b>Beobachtungen</b>
anklopfen	Die Mitarbeiter klopfen am Zimmer der Bewohner an. Anklopfen ist eine

Selbstverständlichkeit für die Mitarbeiter.

Antwort nicht abwarten und eintreten	Einige Mitarbeiter warten nicht auf ein „herein“ beim Anklopfen, weil morgens die meisten Bewohner noch schlafen.
freundliche Begrüßung	Die Mitarbeiter begrüßen die Bewohner freundlich mit einem „Guten Morgen!“.
Licht anschalten	Im Zimmer wird das Licht angeschaltet.
erkundigt sich im Gespräch	Die Mitarbeiterin fragt die Bewohnerin im Gespräch über was sie am gestrigen Tag oder Nachmittag unternommen hat.
streichelt das Gesicht	Eine Mitarbeiterin streichelt der Bewohnerin das Gesicht.
berührt und streichelt die Hand	Eine Mitarbeiterin streichelt der Bewohnerin die Hand.
Pflegehandlungen ansagen	Die Mitarbeiterin teilt alle folgenden Pflegehandlungen mit und kommentiert sie. Die Altenpflegerin berichtet der Bewohnerin, dass jetzt die Windel gewechselt und der Po gewaschen wird.
Handlungen parallel durchführen	Die Mitarbeiter führen die Pfl egetätigkeiten nebenbei durch. Die Mitarbeiterin führt folgenden Handlungen parallel aus: Bettdecke wird zurückgeschlagen, Kissen aus dem Bett geräumt, Nachthemd ausgezogen. Während der Bewohner im Bad ist, wird der Raum gelüftet bzw. auch das Bett gemacht und die Gardinen aufgezogen.
organisiert arbeiten	Die Mitarbeiterin führen die Pflegehandlungen organisiert durch: Raum lüften, Bett machen, die Gardinen aufziehen.
Oberkörper mit Handtuch bedecken	Die Mitarbeiterin legt ein Handtuch auf den Oberkörper der Bewohnerin. Eine Mitarbeiterin bedeckt den Brust- und Bauchbereich beim Waschen des Gesichts mit einem Handtuch. Die Mitarbeiterin deckt die Bewohnerin mit Handtüchern und der Bettdecke ab. Die Mitarbeiterin deckt den Bewohner beim Waschen im Bett immer mit der Bettdecke die Beine und den Intimbereich zu und den oberen Körperbereich mit einem Handtuch ab.
Beine mit Bettdecke bedecken	Die Mitarbeiterin deckt den Bewohner beim Waschen im Bett immer mit der Bettdecke die Beine und den Intimbereich zu und den oberen Körperbereich mit einem Handtuch ab.
Beine, Unterkörper, Brustbereich nicht bedeckt	Die Mitarbeiterin bedeckt die Bewohner nicht bei der Grundpflege. Sie lässt sie mit nackten Beine und der Windel offen im Bett liegen, während der Oberkörper gewaschen wird. Die Mitarbeiterin deckt die nackten Beinen der Bewohnerin und die Windelhose im Bett nicht ab. Die Mitarbeiterin vergisst, beim Waschen des Gesichts den Oberkörper der Bewohnerin abzudecken.
Bewohner waschen	Die Mitarbeiterin wäscht das Gesicht, Arme und Hände und dann den Rücken der Bewohnerin. Nach dem Entfernen des Inkontinenzmaterials wäscht die Mitarbeiterin den Intimbereich der Bewohnerin.
Bewohner drehen	Nach dem Waschen des Gesichts dreht die Mitarbeiterin die Bewohnerin im Bett auf die Seite, um den Rücken zu waschen.

Inkontinenzmaterial wechseln	Nach dem Entfernen des Inkontinenzmaterials wäscht die Mitarbeiterin den Intimbereich der Bewohnerin.
Anleiten zum Drehen	Die Mitarbeiterin leitet die Bewohnerin an, sich im Bett auf die Seite zu drehen. Die Mitarbeiterin leitet die Bewohnerin an sich wieder zur Seite zu drehen. Dann wird das Inkontinenzmaterial entfernt und der Intimbereich hinten gereinigt und gewaschen.
Kleidung anziehen	Die Mitarbeiterin zieht der Bewohnerin Unterwäsche und Pullover an. Später zieht sie der Bewohnerin Socken und Hose an. Eine Mitarbeiterin zieht der Bewohnerin Miederhosen über das Inkontinenzmaterial und einen Schlafanzug mit Reißverschluss an.
Ausziehen der Bewohner vorbeugen	Eine Mitarbeiterin zieht der Bewohnerin Miederhosen über das Inkontinenzmaterial und einen Schlafanzug mit Reißverschluss zur Vorsorge an.
nimmt bereitgelegte Kleidung	Die Kleidung liegt immer schon vom Nachdienst sortiert draußen auf dem Stuhl, selten ist sie schmutzig und es muss etwas Neues aus dem Schrank geholt werden.
nicht nach Kleidungswunsch fragen	Die Mitarbeiterin fragt die Bewohnerin nicht, was sie anziehen möchte.
mehrmals lagern, drehen	Die Mitarbeiterin dreht den Bewohner zur Seite, um das Inkontinenzmaterial zu entfernen. Die Mitarbeiterin dreht die Bewohnerin erneut auf die Seite, um das Hemd in die Hose zu stecken.
hilft beim Hinsetzen	Die Mitarbeiterin unterstützt die Bewohnerin beim Hinsetzen im Bett und in den Rollstuhl.
fährt Rollstuhl	Die Mitarbeiterin fährt die Bewohnerin im Rollstuhl ins Bad.
unterstützt bei der Morgentoilette	Die Mitarbeiterin füllt Wasser zum Zähneputzen in den Becher, legt die Creme und den Kamm griffbereit. Eine Mitarbeiterin wäscht den Rücken der Bewohnerin im Bad.
lässt Bewohner sich selbst waschen	Die Mitarbeiterin überlässt dem Bewohner, sich eigenständig und allein die das Gesicht zu waschen.
begleiten	Die Mitarbeiterin begleitet oder fährt den Bewohner in den Frühstücksraum.
lassen Türen offen stehen	Die Mitarbeiter lassen beim Waschen und Toilettengang häufig die Badtüren geöffnet, teilweise auch Zimmertüren, wenn sie schnell raus gehen, um beispielsweise neues Inkontinenzmaterial oder ein Handtuch zu holen. Die Mitarbeiter lassen Türen oft geöffnet, wenn das Zimmer verlassen, um Pflegematerialien o. ä. zu holen, auch während der Pflege des Bewohners.
Mitarbeiter waschen Bewohner selbst	Vielen Bewohnern wird die Grundpflege, wie die Gesichts- und Oberkörperreinigung, von den Mitarbeitern abgenommen.
Ambitionen der Bewohner nicht beachten	Die Mitarbeiter ignorieren die Handlungen der Bewohner, obwohl diese sichtlich ambitioniert sind sich selbst zu waschen, d. h. selbst den Waschlappen nehmen, sich das Gesicht waschen und sich selbst

	abtrocknen.
Deo, Parfüm anbieten	Eine Mitarbeiterin bietet morgens bei der Grundpflege einer Bewohnerin Deo und Parfüm an.
ansprühen	Die Mitarbeiterin sprüht der Bewohnerin Deo und Parfüm an.
fragen	Eine Bewohnerin wird von einer Mitarbeiterin gefragt, ob sie baden möchte. Eine Mitarbeiterin fragt die Bewohnerin, warum sie weint.
eingehen auf Ängste	Die Mitarbeiterin geht auf die Ängste der Bewohnerin ein, die angibt, in der Wanne schon mal gestürzt zu sein.
nicht zwingen	Die Mitarbeiterin zwingt die Bewohnerin nicht zum Baden.
nicht auf Äußerung eingehen	Eine Mitarbeiterin geht nicht auf das „Nein!“ der dementen Bewohnerin ein, sondern wechselt das Inkontinenzmaterial.
wenig reden beim Waschen	Eine Mitarbeiterin spricht kaum mit der Bewohnerin, während sie sie wäscht.
wenige Anleitungen und Erklärungen	Die Mitarbeiterin gibt der Bewohnerin wenige Erklärungen zu ihren Handlungen und den Dingen, die die Bewohnerin tun soll.
nicht einfühlsam	Die Bewohnerin entgegnet der Mitarbeiterin vorwurfsvoll „sie sind ja nicht gerade zärtlich“.
nicht auf Vorwurf eingehen	Die Mitarbeiterin geht darauf nicht ein, sondern wäscht die Bewohnerin weiter und zieht sie an.
Bewohner auffordern	Die Mitarbeiterin animiert einen anderen Bewohner, mitzumachen.
hilft beim Waschen und Anziehen	Sie hilft dem Bewohner beim Waschen und Anziehen.
reden	Die Mitarbeiterin spricht mit dem Bewohner und stellt die Beobachterin vor.
eincremen	Die Mitarbeiterin cremen die Bewohner an den Armen und Beinen und im Gesicht ein.
Wünsche berücksichtigen	Die Mitarbeiterin geht auf die Wünsche des Bewohners ein. Sie schaut nach, wo den Bewohner ein Kleidungsstück drückt.
nicht auf Anspielungen des Bewohners eingehen	Die Mitarbeiterin geht auf Anspielungen des Bewohners zu seiner Sexualität nicht ein.
beobachten Hautveränderungen	Die Mitarbeiterin berichtet beim Baden, dass es immer besonders gut ist, die Bewohner auf Hautveränderungen hin zu beobachten und macht dies auch.
bezieht Bewohner ein	Die Mitarbeiterin bezieht die Bewohnerin mit ins Waschen ein lässt sie sich auch selbst waschen.
vorsingen	Eine Mitarbeiterin animiert eine Bewohnerin zum Singen und singt ein Lied.

reden	Die Mitarbeiterin kommuniziert mit der Bewohnerin bei der Pflege.
Lied anstimmen	Die Mitarbeiterin stimmt ein Lied an.
lässt Bewohnerin ausschlafen	Eine Mitarbeiterin weckt eine Bewohnerin, diese möchte noch schlafen. Die Mitarbeiter lässt sie ausschlafen.
übernimmt das Waschen für Bewohner	Die Mitarbeiterin hilft dem Bewohner beim Waschen und wäscht ihn allein.
keine Aufforderung	Die Mitarbeiterin fordert den Bewohner nicht auf, selbst einige Handlungen zu machen, außer sich den Mund auszuspülen. Eine Mitarbeiterin gibt dem Bewohner keine Anleitung zum Drehen auf die Seite.
wenig reden bei der Pflege	Die Mitarbeiter reden wenig den Bewohnern bei der Pflege.
unterhält sich mit Bewohnerin	Eine Mitarbeiterin wäscht eine Bewohnerin morgens und spricht mit ihr über das Backen von Keksen und das Kochen von Weihnachtsbraten.
heben Bewohner aus der Wanne	Nach dem Baden wird die Bewohnerin von beiden Mitarbeitern aus der Wanne gehoben.
abtrocknen	Die Mitarbeiter setzen die Bewohnerin in den Liegestuhl und trocknen sie ab.
Bewohner mit Handtuch bedecken	Die Mitarbeiter bedecken die Bewohnerin mit einem Handtuch.
anziehen	Sie ziehen der Bewohnerin ein T-Shirt an und fahren sie in ihr Zimmer.
nicht zudecken	Die Mitarbeiter decken keine Decke über den Körper der Bewohnerin nach dem Baden.
ins Bett legen	Die Mitarbeiter legen die Bewohnerin ins Bett.
unvollständig anziehen	Die Mitarbeiter ziehen ihr Inkontinenzmaterial an, aber keine Socken und Hose.

**Ergebnisse****Beobachtungen**

Bewohner ist gewaschen und geht frühstücken	Die Bewohner sind gewaschen oder gebadet und werden in den Frühstücksraum begleitet, gefahren oder gehen alleine.
duschen in der Wanne	Die Bewohnerin wird in der Sitzwanne abgeduscht.
peinlich für Bewohnerin	Der Bewohnerin ist es sichtlich peinlich, dass eine „fremde Person“ (die Altenpflegerin) ihr das Inkontinenzmaterial wechselt.
Bewohnerin singt mit	Die Bewohnerin singt mit der Pflegekraft ein Lied.

**Toilettenbegleitung (Nr. 10B)**

Es werden zwei Situationen beobachtet, die als negativ im Umgang der Mitarbeiter mit den Bewohnern eingeschätzt werden. In der ersten Situation steht die Altenpflegerin im Bad neben einem Bewohner, der die Toilette benutzt. Die Mitarbeiterin fragt den Bewohner, ob sie draußen oder drinnen warten soll. In einer zweiten Situation wird eine

im Rollstuhl sitzende Bewohnerin auf einen Toilettenstuhl gesetzt und muss ihr Bedürfnis im Zimmer erledigen. Sie wird mit dem Toilettenstuhl nicht ins Bad gefahren, weil dort keine Möglichkeiten zum Festhalten vorhanden sind (im Duschbereich des Bads sind aber Haltestangen angebracht) (vgl. Anlage 10, Beobachtungsprotokolle vom 7.11./11.11.05).

Folgende Verhaltensweisen der Mitarbeiter in den Situationen werden beobachtet:

<b>Verhaltensweisen</b>	<b>Beobachtungen</b>
offene Türen	Die Mitarbeiterin lässt beim Toilettengang die Badtüren geöffnet.
steht neben Bewohner	Die Altenpflegerin steht im Bad neben einem Bewohner, der sich auf die Toilette setzt.
nachfragen	Die Mitarbeiterin fragt nach, ob sie draußen oder drinnen warten soll.
auf Toilettenstuhl setzen	Die Mitarbeiterin setzt eine im Rollstuhl sitzende Bewohnerin auf den Toilettenstuhl.
hilft bei der Intimpflege	Die Bewohnerin muss dann aufstehen sich an den Bettstangen festhalten und die Mitarbeiterin säubert ihr den Intimbereich.
Ausrede	Die Mitarbeiterin berichtet, im Bad sind keine Möglichkeiten zum Festhalten vorhanden.
Toilettengang im Zimmer	Die Bewohnerin muss ihr Bedürfnis im Zimmer erledigen.

#### ***Bewohnerin klettert aus dem Bett (Nr. 11B)***

Die folgende Situation kann als positiv bezüglich des Umgangs der Mitarbeiter mit der Bewohnerin eingeschätzt werden: Eine leicht verwirrte Bewohnerin steht morgens beim Wecken der Bewohner plötzlich im Gang: Sie ist trotz eines Bettgitters aus dem Bett geklettert. Das ist schon mehrere Male passiert und aus diesem Grund liegt vor dem Bett eine Matratze als Sturzprophylaxe (vgl. Anlage 10, Beobachtungsprotokoll vom 11.11.05).

Folgende Verhaltensweisen der Mitarbeiter in der Situation werden beobachtet:

<b>Verhaltensweisen</b>	<b>Beobachtungen</b>
sehen	Eine Mitarbeiterin bemerkt, dass die Bewohnerin im Gang steht.
hinterfragen	Mitarbeiter überlegen, wie die Bewohnerin trotz Bettgitter aus dem Bett klettert und hinterfragen so das Verhalten der Bewohnerin.
begleiten	Eine Mitarbeiterin begleitet die Bewohnerin ins Bad.
Waschen der Bewohnerin	Die Mitarbeiterin wäscht die Bewohnerin.
anziehen	Die Mitarbeiterin zieht die Bewohnerin an.
dokumentieren	Der Vorfall wird von einer Mitarbeiterin in der Pflegedokumentation eingetragen.
Mitarbeiterin lässt Arbeit liegen	Die Mitarbeiterin lässt ihre Arbeit liegen und geht zur Bewohnerin, um diese zu waschen.

**Streit zwischen Bewohnern (Nr. 12B)**

In dieser positiven Situation wird ein Streit zwischen zwei Bewohnern beobachtet, der von den anderen Mitarbeitern nicht wahrgenommen wird (nur eine Schülerin bemerkt den Streit): Eine Bewohnerin verlässt die Rollstuhltoilette auf dem Gang und macht die Tür zu. Ein anderer Bewohner möchte auch die Toilette benutzen und fühlt sich von der Bewohnerin provoziert. Er fährt mehrmals mit seinem Rollator unter lauten Äußerungen und persönlichen Beleidigungen gegen den Rollstuhl der Bewohnerin, die daraufhin empört reagiert. Der Streit wird von einer Schülerin bemerkt, die zwischen den Bewohnern schlichtet. Der Vorfall wird in die Pflegedokumentation eingetragen und die Bewohner haben vor, erneut mit der WBL darüber zu sprechen (vgl. Anlage 10, Beobachtungsprotokoll vom 11.11.05).

Folgende Verhaltensweisen der Mitarbeiterin werden in der Situation beobachtet:

Verhaltensweisen	Beobachtungen
Streit nicht bemerken	Die Mitarbeiter bemerken den Streit anfangs nicht, da sie das Mittagessen im Speiseraum austeilen.
hören	Die Schülerin hört die empörten Rufe der Bewohnerin.
schlichten	Die Schülerin schlichtet zwischen beiden Bewohnern.
trennt Bewohner	Die Schülerin trennt zunächst beide Bewohner räumlich, um den Streit zu beenden.
Eintrag in Pflegedokumentation	Die Mitarbeiterin trägt den Vorfall in die Pflegedokumentation ein.
informiert Mitarbeiter	Die Schülerin informiert die anderen Mitarbeiter über den Streit.
vermittelt Gespräch mit WBL	Das sofortige Gespräch mit den Bewohnern wird verschoben, die WBL spricht später mit den Bewohnern.

**Haarpflege eines Bewohners (Nr. 13B)**

Es werden zwei Situationen beobachtet, wobei die erste Situation als positiv und die zweite als negativ im Umgang der Mitarbeiter mit den Bewohnern einzuschätzen ist. In der ersten Situation werden einer Bewohnerin die Haare im Bett gewaschen. Sie ist nicht mehr sitzfähig und deshalb bettlägerig, aus diesem Grund kann sie nicht mehr gebadet oder geduscht werden. Die Mitarbeiterin benutzt kein Waschbecken für Kopfwaschen im Bett, sondern eine „Eigenkonstruktion“, da sie die Waschvorrichtungen nicht gerne gebraucht. Das Bett wird in Schräglage (mit dem Kopfteil nach unten) befördert. Die Mitarbeiterin legt unter den Kopf der Bewohnerin Zellstoff und sie dann mit dem Hinterkopf in eine große Plastiktüte. Anschließend wäscht sie mit einem Messbecher die Haare der Bewohnerin, wobei das Wasser in die Plastiktüte fließt (vgl. Anlage 10, Beobachtungsprotokoll vom 18.11.05).

In der zweiten Situation wäscht ein Schüler die Haare einer Bewohnerin am Waschbecken im Bad. Die Bewohnerin gibt dabei an, dass ihr Wasser in die Augen läuft. Ihr Gesicht ist

mit einem Handtuch geschützt. Der Schüler geht nicht auf die Anmerkungen der Bewohnerin ein, sondern trocknet und fönt nach dem Waschen die Haare der Bewohnerin (vgl. Anlage 10, Beobachtungsprotokoll vom 18.11.05).

Folgende Verhaltensweisen der Mitarbeiter und Ergebnisse der Situationen werden beobachtet:

<b>Verhaltensweisen</b>	<b>Beobachtungen</b>
kein Waschbecken benutzt	Die Mitarbeiterin benutzt kein Waschbecken für Kopfwaschen im Bett sondern eine „Eigenkonstruktion“, da sie die Waschvorrichtungen nicht gerne gebraucht.
Bett schräg stellen	Die Mitarbeiterin befördert das Bett in eine Schräglage, mit dem Kopfteil nach unten.
Bett vor Nässe schützen	Die Mitarbeiterin legt unter den Kopf der Bewohnerin Zellstoff.
benutzt Plastiktüte	Die Mitarbeiterin legt den Hinterkopf der Bewohnerin in eine große Plastiktüte.
wäscht die Haare	Die Mitarbeiterin wäscht die Haare der Bewohnerin mit einem Messbecher.
hält Handtuch vors Gesicht	Der Schüler schützt das Gesicht der Bewohnerin bereits mit einem Handtuch.
nicht auf Äußerungen eingehen	Der Schüler geht nicht auf die Anmerkungen der Bewohnerin ein.
nicht bemerken, dass der Ärmel nass wird	Der Schüler durchnässt beim Haare Waschen die Pullover-Ärmel der Bewohnerin.
abtrocknen, fönen	Der Schüler trocknet anschließend die Haare ab und fönt sie.
<b>Ergebnisse</b>	<b>Beobachtungen</b>
Bewohner kennt Haarwäsche	Die Bewohnerin kennt die Prozedur der Haarwäsche bereits, da ihr einmal wöchentlich die Haare gewaschen werden.
Bewohnerin beschwert sich bei WBL	Vor dem Mittag spricht die Bewohnerin die WBL an, dass sie mit der Haarwäsche unzufrieden ist, da ihre Kleidung nass ist.
neuen Pullover anziehen	Die WBL fühlt den Pullover am Ärmel und teilt der Bewohnerin mit, dass sie ihr einen neuen Pullover anzieht.

### 8.5.2.3 Von beobachteten Verhaltensweisen zu Fähigkeiten der Mitarbeiter in den Situationskontexten

Im Anschluss an die Codierung und Kategorienbildung der Verhaltensweisen in den beobachteten Critical Incidents werden ähnliche Verhaltensweisen (auch die der Ergebnisse) gruppiert und unter eine Hauptkategorie gefasst. Diese kategorial gebündelten Verhaltensweisen (Verhaltenskategorien) bilden die Basis für das Ableiten der Fähigkeiten der Mitarbeiter im Umgang mit den Bewohnern und im Umgang mit anderen Mitarbeitern.



Die weiteren transkribierten Daten der Beobachtung werden gleichermaßen auf Verhaltensweisen der Mitarbeiter hin geprüft. Somit können aus dem transkribierten Material der Beobachtung Verhaltensweisen ermittelt werden, die nicht im konkreten Zusammenhang mit einem Critical Incident stehen. Diese Verhaltensweisen beschreiben jedoch ebenfalls Handlungen und Arbeitsabläufe der Mitarbeiter und stellen demnach wichtige Daten für das Ermitteln von Fähigkeiten aus den Verhaltensweisen dar.

Im Einzelnen geschieht die Analyse analog zu den Interviews: Die Verhaltensweisen aus den Critical Incidents werden gebündelt (gruppiert) und in eine Verhaltenskategorie (Hauptkategorie der Verhaltensweisen) geordnet. Auf dieser Grundlage wird ein Handeln abgeleitet, das die gebündelten Verhaltensweisen und die Verhaltenskategorie begrifflich fasst. Das abgeleitete Handeln bildet dann den Ausgangspunkt, um eine Fähigkeit herzuleiten (vgl. Anlage 6). Für das Ableiten des Handelns und die Herleitung der Fähigkeiten wird sich an die bereits in Kapitel 8.5.1.3 entwickelten Fähigkeiten und Begriffsbestimmungen (spezifische Fachbegriffe) angelehnt.

### **Critical Incident: Bewohnerin möchte nicht essen (Nr. 1B)**

Im Critical Incident „Bewohnerin möchte nicht essen (Nr. 1B)“ kommt eine Schülerin mit folgenden Problemen zur Pflegekraft: Sie weiß nicht, ob die Bewohnerin ihre Zahnprothese beim Essen trägt und sie teilt der Mitarbeiterin mit, dass die Bewohnerin nicht frühstücken möchte. Die Mitarbeiterin setzt daraufhin der Bewohnerin nur die obere Zahnprothese ein und reicht ihr vor dem Essen zunächst ein Getränk. Sie begründet ihre Handlung damit, dass das Kauen mit beiden Prothesen drücken und schmerzen kann und es besser ist, den Mund zunächst anzufeuchten, ehe der Bewohnerin das Essen gereicht wird. An den Verhaltensweisen „Zahnprothese einsetzen“, „Getränk reichen“ und „Mund anfeuchten“ wird ein Handeln der Mitarbeiterin erkennbar, dass als ein Aspekt der Anwendung von Fachwissen zum Essenreichen bezeichnet wird und somit auch in die Verhaltenskategorie „Essenreichen“ geordnet wird. Anhand dieser Verhaltensweisen wird die Fähigkeit der Mitarbeiterin, (Fach)Wissen anzuwenden hergeleitet, das sich in diesem Critical Incident auf die „**Fähigkeit zum Essenreichen**“ bezieht.

Weiterhin wird im Critical Incident Nr. 1B in einer zweiten Situation das Essenreichen bei einer stark dementen Bewohnerin beobachtet, die ebenfalls nicht essen möchte. Dabei wird beobachtet, dass die Pflegekraft der Bewohnerin nicht mitteilt, was es zu essen gibt und sie ebenfalls nicht anleitet, den Mund zu öffnen. Anhand der Verhaltensweisen „nicht mitteilen“ und „nicht anleiten“, den Mund zu öffnen, wird erkennbar, dass die Mitarbeiterin die Bewohnerin nicht zur Mobilisation anleitet, die sich in diesem Fall darauf bezieht zu kauen und zu schlucken. Anhand der Handlung Mobilisation nicht anleiten, wird erkennbar, dass die Mitarbeiterin in diesem Critical Incident Fachwissen nicht anwendet. Da die Handlung Anleiten zur Mobilisation der Fähigkeit (Fach-)Wissen anzuwenden zugeordnet wird, kann in diesem Critical Incident festgestellt werden, dass der Mitarbeiterin die Fähigkeit Bewohner zur Mobilisation anzuleiten fehlt.

Im Critical Incident „Bewohnerin möchte nicht essen (Nr. 1)“ wird weiterhin die Verhaltensweise „Tabletten im Weißbrot verstecken“ beobachtet (damit sie von der Bewohnerin beim Essenreichen geschluckt werden). Sie wird in die Verhaltenskategorie „medizinisches und pflegerisches Wissen anwenden“ geordnet, da sie eine medizinisch-pflegerische

Handlung darstellt. Anhand dieser Verhaltensweise und der Kategoriegruppe wird die Fähigkeit (Fach)Wissen anzuwenden abgeleitet, die sich in diesem Fall auf die Fähigkeit medizinisches und pflegerisches Wissen anzuwenden bezieht.

Weiterhin wird im Critical Incident „Bewohnerin möchte nicht essen (Nr. 1)“ beobachtet, dass eine Mitarbeiterin das Essenreichen einer Bewohnerin an eine andere Mitarbeiterin „übergibt“, weil sie andere Tätigkeiten, wie Anrufe mit Angehörigen durchführen muss. Die Verhaltensweise „übergeben von Bewohnern“ wird in die Verhaltenskategorie „flexibel handeln“ geordnet, da es eine Handlung der Mitarbeiterin darstellt, sich flexibel an die Arbeitsorganisation und weitere Tätigkeiten anzupassen. Folglich wird anhand der Verhaltensweise „übergeben von Bewohnern“ eine Flexibilität und Anpassungsfähigkeit hergeleitet. Dabei stützt sich die Begriffsbildung der Flexibilität und Anpassungsfähigkeit auf die (sozial)psychologische Bedeutung der Begriffe „Flexibilität“ und „(soziale) Anpassung“. Dabei wird Flexibilität als Anpassungsfähigkeit verstanden und bedeutet die Bereitschaft von Personen, ihr Verhalten zu ändern und an neue Gegebenheiten anzupassen bzw. schnell zu reagieren (vgl. FRÖHLICH 2004, S. 185).

#### **Critical Incident: Bewohnerin möchte wegfahren (Nr. 2B)**

Im Critical Incident „Bewohnerin möchte wegfahren (Nr. 2)“ wird beobachtet, wie eine demente Bewohnerin zur Pflegekraft ins Dienstzimmer kommt und sagt, dass sie wegfahren möchte, aber sich nicht zurechtfindet und den Weg nicht kennt. Die Mitarbeiterin überzeugt die Bewohnerin durch ein validierendes Gespräch, hier zu bleiben. Die Mitarbeiterin versetzt sich in die Bewohnerin und versucht zu verstehen, was ihr die Bewohnerin mitteilen möchte und erklärt ihr, dass die Entfernung zum Ort X sehr weit ist, um dorthin zu fahren. Die Verhaltensweisen, die in diesem Critical Incident abgeleitet bzw. beobachtet werden, beziehen sich auf „erklären“, „in Bewohnerin hineinversetzen“ und „im Gespräch validieren“. Diese Verhaltensweisen kennzeichnen ein validierendes Verhalten der Mitarbeiterin im Umgang mit der dementen Bewohnerin. Aus diesem Grund werden die Verhaltensweisen in die Verhaltenskategorie „validieren“ geordnet. Anhand dieser Verhaltensweisen und der Kategoriegruppe wird die Fähigkeit (Fach)Wissen anzuwenden abgeleitet, die sich in diesem Fall auf die Fähigkeit Bewohner zu validieren bezieht.

#### **Critical Incident: Verbandswechsel (Nr. 3B)**

Im Critical Incident „Verbandswechsel (Nr. 3B)“ wird eine Situation beobachtet, in der einer Bewohnerin der Verband am offenen Fuß gewechselt wird, wobei sie sehr über Schmerzen klagt. Die Mitarbeiterin fühlt sich in die Schmerzen der Bewohnerin ein und teilt ihr mit, dass der Fuß bereits besser aussieht und der Heilungsprozess nicht mehr lange andauert. Anhand der Beobachtung werden die Verhaltensweisen „einfühlen in Schmerzen“, „tröstet, dass der Fuß besser aussieht“ und „motiviert Bewohnerin, durchzuhalten“ abgeleitet.

Die Verhaltensweisen „einfühlen in Schmerzen“ und „trösten“, dass der Fuß besser aussieht, werden in die Verhaltenskategorie „einfühlen“ geordnet, da sie ein einfühlsames Handeln und ein Hineinversetzen in die Schmerzen der Bewohnerin kennzeichnen. Aus diesem Grund kann hier die Fähigkeit, sich in andere einzufühlen und hineinzusetzen hergeleitet werden. Dieser Begriff wird vor dem Hintergrund des Begriffsverständnisses

von „Einfühlung“ (Empathie) als ein Sich-Hineinversetzen in eine andere Person oder Sich-Identifizieren mit einer anderen Person, um ihre Gefühle und Verhaltensweisen zu verstehen, verwendet (vgl. FUCHS ET AL. 1988, S. 178).

Die Verhaltensweise „motiviert Bewohnerin durchzuhalten“, da der Heilungsprozess nicht mehr lange andauert, wird der Verhaltenskategorie „motivieren“ zugeordnet, da dieses Verhalten ein motivierendes Handeln kennzeichnet, das in Verbindung mit einem kommunikativen Handeln steht. Somit wird ausgehend von der Verhaltensweise „motiviert durchzuhalten“ die Fähigkeit zu motivieren hergeleitet. Die Begriffsbestimmung bezieht sich dabei auf das Verständnis von „Motivation“ bzw. „Motivierung“ als eine Erzeugung einer Motivation im Sinne einer zielgerichteten Aktivierung des Verhaltens von Personen (vgl. FUCHS ET AL. 1988, S. 520; FRÖHLICH 2004, S. 148). Die Motivation ist in diesem Critical Incident darin zu sehen, dass die Mitarbeiterin die Bewohnerin bittet noch durchzuhalten, da der Heilungsprozess nicht mehr lange andauert.

Weiterhin kann in der anderen Situation, die diesem Critical Incident zugeordnet wird, beobachtet werden, wie eine Pflegekraft eine Schülerin mit zum Verbandswechsel nimmt, damit sie ihn (im Rahmen ihrer Ausbildung) üben kann. Die Bewohnerin hat einen Dekubitus an den Fersen, mit dem sie so aus dem Krankenhaus entlassen wurde und ins Heim zurückkam. Die Bewohnerin ist bettlägerig, sehr dement und unruhig. Während die Schülerin den Verband wechselt, „bemerken“ beide Mitarbeiter, dass sich die Bewohnerin Katheter selbst entfernt hat, „entscheiden“ aber erst den Verband zu wechseln und den Katheter später neu zu legen.

Die abgeleitete Verhaltensweise „bemerken, Katheter ist entfernt“ wird in die Verhaltenskategorie „bemerken“ geordnet, die ein wahrnehmendes Handeln beschreibt. Insofern wird anhand des wahrnehmenden Handelns die Fähigkeit zur Wahrnehmung hergeleitet. Dafür wird der Begriff „interpersonelle Wahrnehmung“ bzw. „soziale Wahrnehmung“ zugrunde gelegt (vgl. Critical Incident Nr. 1 Kapitel 8.5.1.3).

Weiterhin wird die abgeleitete Verhaltensweise „entscheiden, Katheter später zu wechseln“, in eine Verhaltenskategorie „Tätigkeiten priorisieren“ geordnet, da das Verhalten, erst den Verband zu wechseln, der Maßnahme, den Katheter neu zu legen vorgezogen, d. h. priorisiert wird. Somit ist hier ein planendes und organisiertes Handeln erkennbar und es kann eine Planungs- und Organisationsfähigkeit hergeleitet werden. Der Begriff Planungs- und Organisationsfähigkeit stützt sich dabei auf die Begriffe „Planung/Planen“ und „Organisation/organisieren“. Unter „planen“ wird verstanden, Ziele und Entscheidungen zu definieren, Mittel zur Verwirklichung zu wählen und die Handlungen und Strategien zu formulieren, die zur Umsetzung der Ziele führen (vgl. FUCHS ET AL. 1988, S. 574). „Organisieren“ bedeutet, zielgerichtete Handlungen einer Gruppe zu planen (vgl. FUCHS ET AL. 1988, S. 548).

In diesem Critical Incident kann weiterhin beobachtet werden, dass die Mitarbeiter der Bewohnerin zu kleine und zu enge Socken über den Verband anziehen. Die Bewohnerin schreit daraufhin vor Schmerzen, weil die Socken am Verband und an den Wunden reiben. Es werden die Verhaltensweisen „zu enge Socken anziehen“ und „zu kleine Socken anziehen“ beobachtet, die der Verhaltenskategorie nicht „überlegen zugeordnet“ werden.

Anhand der Verhaltensweisen und der Verhaltenskategorie wird ein Handeln abgeleitet, dass durch eine fehlende Reflexion gekennzeichnet ist, da die Mitarbeiter nicht reflektieren, dass sie möglicherweise größere Socken wählen müssten. Das bedeutet, eine mögliche Änderung der Passform wird von den Mitarbeitern nicht hinterfragt. Vor dem Hintergrund des Begriffs „Reflexion“ und einer abgeleiteten Reflexionsfähigkeit, die als ein Zurückwenden der Aufmerksamkeit nach innen und als ein Überlegen und Überdenken der Handlungen im Hinblick auf zukünftig zu planende Handlungen verstanden wird (vgl. FRÖHLICH 2004, S. 373), kann anhand dieser Verhaltensweisen hergeleitet werden, dass die Mitarbeiter in diesem Critical Incident über eine Reflexionsfähigkeit nicht verfügen.

#### **Critical Incident: Katheterwechsel (Nr. 4B)**

Im Critical Incident „Katheterwechsel (Nr. 4B)“ wird beobachtet, wie mehrere Mitarbeiter aufpassen, als eine Mitarbeiterin einer dementen Bewohnerin den Katheter wechselt. Dabei ist anzunehmen, dass die Mitarbeiter zunächst „bemerken“, dass die Bewohnerin sich die Socken vom Fuß gestreift hat und „hören“, dass sie Schmerzen äußert, als die Mitarbeiter ihr die Socken erneut anziehen. Es werden die Verhaltensweisen „hören“ und „bemerken“ ermittelt, die ein wahrnehmendes Handeln kennzeichnen. Dies lässt auf die Fähigkeit zur Wahrnehmung schließen (vgl. auch Critical Incident 3B).

Weiterhin können in diesem Critical Incident die Verhaltensweisen „Pflegetmaterial suchen“ und „Pflegetmaterial finden“ beobachtet werden, die im Zusammenhang mit dem Suchen und Zurechtlegen der Pflegeutensilien und Materialien für den Katheterwechsel ermittelt werden. Dabei „suchen“ die Mitarbeiter zuerst im Dienstzimmer nach den Materialien (Desinfektionsmittel, Tupfer, Katheter) dort wird aber nichts gefunden. Daraufhin wird im Zimmer der Bewohnerin „gesucht“ und es findet sich schließlich ein Korb mit allen benötigten Materialien. Die Verhaltensweisen „Pflegetmaterial suchen“ wird in die Verhaltenskategorie „suchen“ geordnet, die ein ungeplantes und unorganisiertes Handeln erkennen lässt. Die Mitarbeiter bereiteten den Katheterwechsel nicht vor, sondern suchten erst während der Maßnahme die entsprechenden Pflegematerialien zusammen, obwohl sie sich vorgenommen hatten, den Katheterwechsel nach dem Verbandwechsel durchzuführen (vgl. auch Critical Incident Nr. 3B). Vor dem Hintergrund der Verhaltensweisen „suchen“ und des abgeleiteten nicht geplanten und nicht organisierten Handelns sowie der im Critical Incident Nr. 3B ermittelten Planungs- und Organisationsfähigkeit kann in diesem Situationsbezug hergeleitet werden, dass die Mitarbeiter in diesem Kontext über eine Planungs- und Organisationsfähigkeit nicht verfügen.

Im Critical Incident „Katheterwechsel (Nr. 4B)“ wird zudem beobachtet, dass mehrere Mitarbeiter die unruhige und demente Bewohnerin an den Armen und Beinen festhalten, während eine Mitarbeiterin ihr den neuen Katheter legt. Während der ganzen Zeit wird die Frau selten direkt angesprochen und ihr werden keine direkten Hinweise gegeben, z. B. die Arme still zu halten. Es werden die Verhaltensweisen „nicht mit Bewohnerin sprechen“ und „nicht anleiten“ (warum sie festgehalten wird) ermittelt, die eine fehlende Anleitung zur Mobilisation kennzeichnen. Somit kann hergeleitet werden, dass den Mitarbeitern die Fähigkeit fehlt, Bewohner zur Mobilisation anzuleiten (vgl. auch Critical Incident Nr. 1B).

Weiterhin wird an der Verhaltensweise „nicht mit Bewohnerin sprechen“ auch erkennbar, dass die Mitarbeiter während der Pflege des Bewohners wenig mit ihnen kommunizieren. Aus diesem Grund kann die Verhaltensweise in die Verhaltenskategorie „eingeschränkte Kommunikation während der Pflegemaßnahmen“ kategorisiert werden, die ein eingeschränktes kommunikatives Handeln ableiten lässt. Anhand der Verhaltensweisen und des eingeschränkten kommunikativen Handelns wird eine Kommunikationsfähigkeit hergeleitet, die in diesem Situationszusammenhang nur eingeschränkt bzw. nicht vorhanden ist. Die Begriffsbildung **„eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit“** verweist dabei auf das Verständnis von Kommunikation als Übertragung von Informationen und emotionalen Gehalten, z. B. durch Mitteilung, Austausch, Interaktion (vgl. FUCHS ET AL. 1988, S. 397f.), das in diesem Critical Incident durch eine geringe Kommunikation (auch während der Pflegemaßnahmen) charakterisiert ist.

#### **Critical Incident: Baden eines bettlägerigen Bewohners (Nr. 5B)**

Im Critical Incident „Baden eines bettlägerigen Bewohners (Nr. 5B)“ wird beobachtet, wie ein bettlägeriger, dementer Bewohner mit Kontrakturen an den Beinen mittels eines Hebelifters zum Bewohnerbad gefahren und im Tragetuch von einer Mitarbeiterin gebadet wird. Zunächst werden im Critical Incident die Verhaltensweisen „Bewohner baden“, „Bewohner abtrocknen“ und „Haare fönen“ beobachtet, die Handlungen der Körperpflege darstellen und aus diesem Grund in die Verhaltenskategorie „Körperpflege durchführen“ gruppiert werden. Anhand dieser Verhaltensweisen und des Handelns, die Körperpflege durchzuführen, wird die Fähigkeit (Fach)Wissen anzuwenden hergeleitet, die sich in diesem Critical Incident auf die Fähigkeit, die Körperpflege durchzuführen bezieht.

Die Verhaltensweisen „ankleiden“ und „Tageswäsche anziehen“ werden in die Verhaltenskategorie „an- und auskleiden“ gruppiert und stellen ein Handeln dar, den Bewohner beim An- und Auskleiden zu unterstützen bzw. diese Tätigkeiten zu übernehmen. Anhand der Verhaltensweisen kann somit eine **„Fähigkeit an- und auszukleiden“** hergeleitet werden, die einen Bestandteil der Fähigkeit (Fach)Wissen anzuwenden darstellt.

Weiterhin kann in diesem Critical Incident beobachtet werden, dass die Mitarbeiterin technische Geräte und Arbeitshilfsmittel verwendet. Die Verhaltensweisen „Sicherung des Tuchs am Lifter“, „fahren des Lifters“, „Transport ins Bett“, „aus der Wanne heben“, „Tragetuch herablassen“ werden in die Verhaltenskategorie „technische Geräte anwenden“ geordnet und kennzeichnen ein Handeln, technische Geräte zur Pflege einzusetzen. Demzufolge wird hier eine **„Fähigkeit technische Geräte anzuwenden“** hergeleitet, die eine Form der Fähigkeit (Fach)Wissen anzuwenden darstellt.

#### **Critical Incident: Bewohnerin kleckert (Nr. 6B)**

Im Critical Incident „Bewohnerin kleckert (Nr. 6B)“ bringen zwei Mitarbeiter Vorschläge in das Team ein, wie mit einer neuen dementen Bewohnerin umgegangen werden kann, die sich beim Essen trotz Serviette die Kleidung beschmutzt. Ein Mitarbeiter schlägt vor ein Handtuch zu verwenden, damit die Kleidung nicht schmutzig wird und die Bewohnerin nicht wieder komplett umgezogen werden muss. Der Vorschlag wird von den Mitarbeitern im Team diskutiert und angenommen. Die Verhaltensweisen „Vorschlag einbringen“ und „diskutieren und besprechen des Vorschlags“ werden in die Verhaltenskategorie „zusammenarbeiten“ gruppiert, da sie ein kooperatives Handeln der Mitarbeiter erkennen lassen,

um gemeinsam das Problem zu besprechen. Schlussfolgernd kann anhand der Verhaltensweisen eine Team- und Kooperationsfähigkeit abgeleitet werden. Hier liegt der Begriff „Kooperation“ zugrunde, der die Zusammenarbeit mehrerer Personen zur Lösung eines Problems oder einer Aufgabe bezeichnet (vgl. FUCHS ET AL. 1988, S. 427).

### **Critical Incident: Bewohner möchte nicht ausruhen (Nr. 7B)**

Im Critical Incident „Bewohner möchte nicht ausruhen (Nr. 7B)“ wird beobachtet, dass eine demente Bewohnerin mittags nicht ruhen, sondern lieber im Rollstuhl am Fenster sitzen bleiben und rausschauen möchte. Sie wird von einer Mitarbeiterin zur Mittagsruhe „überredet“. Es wird beobachtet, dass die Mitarbeiterin mit der Bewohnerin „spricht“ und sie „im Gespräch überzeugt“, sich doch ins Bett zu legen und auszuruhen. Anhand der Verhaltensweisen „spricht mit Bewohnerin“ und „im Gespräch überzeugen“ wird abgeleitet, dass die Mitarbeiterin überzeugend kommuniziert und somit werden die Verhaltensweisen in die Verhaltenskategorie „überzeugen“ geordnet. Insofern kann ein überzeugendes Handeln sowie die Fähigkeit zu überzeugen hergeleitet werden. Die Fähigkeit zu überzeugen erfordert kommunikative Fähigkeiten der Gesprächsführung und stellt eine Form der Kommunikationsfähigkeit dar. Dabei stützt sich die Begriffsbildung Fähigkeit zu überzeugen auf den Begriff „Überzeugung“, der eine Veränderung der Einstellungen anderer Personen durch überzeugende Kommunikation bezeichnet (vgl. FUCHS ET AL. 1988, S. 92).

Weiterhin wird im Critical Incident beobachtet, dass sich die Mitarbeiterin um die sturzgefährdete Bewohnerin „kümmert“ und diese „ins Bett legt“, um möglicherweise eine Sturzsituation zu verhindern. An der Verhaltensweise „ins Bett legen“ wird ein fürsorgliches Handeln erkennbar, das auf die Fähigkeit fürsorglich zu handeln schließen lässt.

### **Critical Incident: Lagerung einer Bewohnerin (Nr. 8B)**

Im Critical Incident „Lagerung einer Bewohnerin (Nr. 8B)“ wird beobachtet, wie eine Mitarbeiterin bei einer Bewohnerin eine Lagerung von der Seitenlage in die Rückenlage ausführt. Die Bewohnerin äußert bei der Lagerung, die schnell und unangekündigt durchgeführt wird, Schmerzen in den Beinen und schreit. Daraufhin umfasst die Mitarbeiterin den Kopf der Bewohnerin und drückt ihr leicht auf den Mund. Die beobachteten Verhaltensweisen „nicht anleiten“, „nicht ankündigen“ und „nicht sprechen“, die sich auf eine fehlende Anleitung zur Mobilisation sowie eine eingeschränkte Kommunikation während der Lagerung beziehen (die Mitarbeiterin teilt der Bewohnerin nicht mit, dass sie auf den Rücken gedreht wird), kann einerseits auf eine Fähigkeit, die Mobilisation anzuleiten geschlossen werden, über die die Mitarbeiterin nicht verfügt. Andererseits wird auch ein eingeschränktes kommunikatives Handeln erkennbar und somit wird abgeleitet, dass eine Kommunikationsfähigkeit nur eingeschränkt bzw. nicht vorhanden ist.

Anhand der Verhaltensweisen „umfasst den Kopf“, „drückt auf den Mund“, „Schreie unterdrücken“ und „nicht auf Schmerzen eingehen“ wird ein fehlendes einführendes Handeln der Mitarbeiterin erkennbar. Die Verhaltensweisen werden in die Verhaltenskategorie „nicht einfühlen“ geordnet, da sie auf ein fehlendes einführendes und sich hineinversetzendes Handeln schließen lassen. Folglich wird hier eine Fähigkeit, sich in andere einzufühlen und hineinversetzen hergeleitet, die jedoch, wie an den Verhaltensweisen erkennbar, bei der Mitarbeiterin nicht vorhanden ist.

Ausgangspunkt für das Herleiten des einführenden Handelns und der entsprechenden (Handlungs-)Fähigkeit bildet der Begriff „Einführung“ (Empathie), der ein Sich-Hineinversetzen in eine andere Person oder Sich-Identifizieren mit einer anderen Person bezeichnet, um ihre Gefühle und Verhaltensweisen zu verstehen (vgl. FUCHS ET AL. 1988, S. 178). Die Verhaltensweisen „drückt auf den Mund“, „Schreie unterdrücken“ und „nicht auf Schmerzen eingehen“ veranschaulichen ein eher gefühlloses und wahrnehmungsloses Handeln, wobei sich die Mitarbeiterin weder in die Lagerungssituation durch noch in die Bewohnerin hineinversetzt, die Schmerzen äußert.

### **Critical Incident: Körperpflege (Nr. 9B)**

Im Critical Incident „Körperpflege (Nr. 9B)“ wird beobachtet, wie eine Mitarbeiterin einem Bewohner beim Waschen und Anziehen hilft, ihn motiviert mitzumachen, ihn eincremt und auf seine Wünsche eingeht. Als der Bewohner anzüglich wird und auf seine Sexualität anspielt, „ignoriert“ die Mitarbeiterin diese Aussagen des Bewohners. Im Zusammenhang mit den weiteren beobachteten und transkribierten Daten macht ein Bewohner eine Mitarbeiterin auf sich aufmerksam, indem er sie anspricht, dass er massiert werden möchte. Die Mitarbeiterin geht auf seine Anzüglichkeiten nicht ein und ignoriert den Bewohner und das Gesagte.

Anhand der Verhaltensweisen „nicht auf Anspielungen des Bewohners eingehen“ und „(D) nicht auf Anzüglichkeiten eingehen“ wird erkennbar, dass die Mitarbeiter die Bewohner, die auf ihre Sexualität anspielen, beabsichtigt nicht beachten. Diese Verhaltensweisen werden in die Verhaltenskategorie „ignorieren“ gruppiert und stellen ein sich distanzierendes Handeln dar. Die Mitarbeiter nehmen von den Bewohnern Abstand, beachten sie beabsichtigt nicht und ignorieren sie somit. Ausgehend von diesen Verhaltensweisen wird eine Distanzierungsfähigkeit hergeleitet. Ignorieren als Verhaltensweise, sich vom Bewohner zu distanzieren, wird demnach im Zusammenhang mit sexuellen Anzüglichkeiten der Bewohner gegenüber den Mitarbeitern beobachtet und ermittelt. Dabei stützt sich die Begriffsbildung auf die Begriffe „soziale Distanz“ und „Distanz“, die eine Einstellung und Verhaltensweisen bezeichnen, sich von bestimmten Personen abzugrenzen bzw. Abstand zu nehmen, wobei soziale Interaktionen (wie Kommunikation) die Distanz überbrücken, aber auch vergrößern können (vgl. FRÖHLICH 2004, S. 130; FUCHS ET AL. 1988, S. 166).

In den Situationen des Critical Incidents „Körperpflege (Nr. 9B)“ werden im Zusammenhang mit der Körperpflege von Bewohnern folgende Verhaltensweisen ermittelt: „hilft beim Hinsetzen“ in den Rollstuhl oder „hilft beim Anziehen“ oder Mitarbeiter „begleiten“ die Bewohner zum Frühstücksraum. Diese Verhaltensweisen werden in die Verhaltenskategorie „unterstützen“ geordnet und kennzeichnen ein Hilfe-Leistendes Handeln. Anhand dieses unterstützenden Handelns und der genannten Verhaltensweisen wird eine Fähigkeit zur Hilfeleistung hergeleitet. Die Ableitung des helfenden und unterstützenden Handelns und der Fähigkeit zur Hilfeleistung geschieht dabei vor dem Hintergrund des Verständnisses eines „Hilfeleistungsverhaltens“ bzw. „Hilfeleistungs-Motivs“. Diese Begriffe bezeichnen ein Verhalten, das aus den Gründen bzw. Motiven erfolgt, das Wohlbefinden anderer Menschen zu beachten und zu fördern (vgl. FRÖHLICH 2004, S. 223 und 56).

Im Critical Incident „Körperpflege (Nr. 9B)“ werden zwei Bewohnerinnen im Doppelzimmer gewaschen und gepflegt, wobei die Mitarbeiterin während der Pflege „ein Lied

anstimmt“, den Bewohnern „vorsingt“ und die Bewohner „zum Mitsingen aktiviert“. Daraufhin stimmt eine Bewohnerin in den Gesang ein. Anhand der Verhaltensweisen „ein Lied anstimmen“ und „vorsingen“ (Verhaltenskategorie „singen“) kann ein kommunikatives Verhalten abgeleitet werden. Die Mitarbeiter kommunizieren mit den Bewohnern, was in diesem Zusammenhang durch den Gesang erfolgt. Aus diesem Grund kann hier eine Kommunikationsfähigkeit der Mitarbeiter hergeleitet werden. Dabei bezieht sich die Kommunikation durch Gesang auf die Übertragung von „emotionalen Gehalten“ (vgl. FUCHS ET AL. 1988, S. 397f.).

Im Critical Incident Nr. 9B wird auch anhand von Gesprächen zwischen Mitarbeitern und Bewohnern während der Pflegehandlungen deutlich, dass die Mitarbeiter mit den Bewohnern kommunizieren. Dabei „unterhält“ sich eine Mitarbeiterin mit dem Bewohner über die Unternehmungen des gestrigen Tages und kommentiert die durchgeführten Pflegehandlungen. Eine andere Mitarbeiterin „unterhält sich“ mit der Bewohnerin morgens beim Waschen über das Backen von Keksen und das Zubereiten eines Weihnachtsbratens. Die Verhaltensweisen „Gespräche führen“, „unterhält sich mit Bewohner“ (über das Backen von Keksen und das Zubereiten eines Weihnachtsbratens) oder „sich im Gespräch erkundigen“ (über den gestrigen Tagesablauf) werden in die Verhaltenskategorie „kommunizieren“ bzw. „fragen“ gruppiert und stellen ein kommunikatives Handeln dar, dass auf die Kommunikationsfähigkeit schließen lässt.

Weiterhin wird im Critical Incident „Körperpflege (Nr. 9B)“ beobachtet, wie eine Mitarbeiterin einer Bewohnerin morgens bei der Grundpflege „das Gesicht streichelt“ und „ihre Hand berührt und streichelt“ und sich in Gesprächen über den gestrigen Tagesablauf erkundigt. Die Verhaltensweisen „streichelt das Gesicht“, „berührt und streichelt die Hand“ werden in die Verhaltenskategorie „streicheln“ geordnet und beschreiben ein Handeln, der Bewohnerin Zuwendung entgegenzubringen. Anhand der Verhaltensweise „streicheln“ und der dadurch ausgedrückten Zuwendung, die die Bewohnerin durch körperliche Nähe erhält, wird die Fähigkeit Zuwendung auszudrücken hergeleitet. Dafür wird der Begriff der „emotionalen Zuwendung“ zugrunde gelegt, der ein freundliches und liebevolles Verhalten beschreibt, dass einer Person entgegengebracht wird (vgl. FUCHS ET AL. 1988, S. 886).

Im Critical Incident „Körperpflege (Nr. 9B)“ werden anhand parallel und nebenbei durchgeführter Pflegetätigkeiten beim Waschen, Anziehen oder Bettmachen von Bewohnern folgende Verhaltensweisen ermittelt: „Bettdecke zurückschlagen“, „Kissen aus dem Bett räumen“, Bewohnern das „Nachthemd ausziehen“ und während der Bewohner im Bad ist, die „Gardinen aufziehen“, den „Raum lüften“ und das „Bett machen“. Diese Verhaltensweisen kennzeichnen, dass die Mitarbeiter Handlungen „parallel durchführen“ und „organisiert arbeiten“. Die genannten Verhaltensweisen werden in die Verhaltenskategorie „planen und organisieren“ geordnet, da sie ein organisiertes Handeln beschreiben. Anhand der Verhaltensweisen kann somit eine Planungs- und Organisationsfähigkeit hergeleitet werden (zur Begriffsbestimmung vgl. auch Critical Incident Nr. 3B).

Weiterhin kann in diesem Critical Incident beobachtet werden, dass die Mitarbeiter einer dementen Bewohnerin, die mit Kot schmiert und auch unruhig ist und strampelt, eine Miederhose über die Windel sowie ein Schlafanzug mit Reißverschluss zur Vorsorge



anziehen, damit sich die Bewohnerin das Inkontinenzmaterial nicht entfernt. Die Verhaltensweisen „Miederhose und Schlafanzug anziehen“ kennzeichnen dabei ein vorausschauendes Handeln, damit sich die Bewohnerin nicht selbständig auszieht. Insofern werden die Verhaltensweisen „Miederhose anziehen“ und „Schlafanzug anziehen“ in die Verhaltenskategorie „vorausschauend planen“ gruppiert und stellen ein geplantes Handeln dar, das auf eine Planungs- und Organisationsfähigkeit schließen lässt.

In den Ereignissen des Critical Incidents „Körperpflege (Nr. 9B)“ wird weiterhin beobachtet, dass die Mitarbeiter die Bewohner während der Pflegehandlungen „drehen“ und im Bett „lagern“. Eine Mitarbeiterin dreht z. B. die Bewohnerin nach dem Waschen des Gesichts und der Arme im Bett auf die Seite, um den Rücken zu waschen oder sie dreht den Bewohner zur Seite, um das Inkontinenzmaterial zu entfernen und um das Hemd des Bewohners in die Hose zu stecken. Durch die Verhaltensweisen „Bewohner drehen“ und „lagern“ werden die Bewohner mobilisiert, aus diesem Grund werden die Verhaltensweisen in die Verhaltenskategorie „mobilisieren“ geordnet. Die Verhaltensweisen kennzeichnen somit Handlungen, Bewohner zu mobilisieren. Demzufolge wird hier die Fähigkeit (Fach)Wissen anzuwenden abgeleitet, die sich in diesem Fall auf die Fähigkeit, Bewohner zu mobilisieren bezieht.

Weiterhin kann im Zusammenhang mit dem Critical Incident zur „Körperpflege (Nr. 9B)“ beobachtet werden, dass die Mitarbeiter den Bewohnern die ausgeführten Pflegehandlungen „ansagen“ und Bewohner „auffordern“ und „anleiten“, sich im Bett zu drehen. Sie teilen ihnen z. B. mit, sich mit den Händen am Bettgitter festzuhalten, damit sie sich zur Seite drehen können. Anhand der Verhaltensweisen „Pflegehandlungen ansagen“, „Anleiten zum Drehen“ und „Bewohner auffordern“, beim Drehen und Lagern mitzuhelfen, wird ein kommunikatives Verhalten abgeleitet, dass auf ein pflegerisches Anleiten zur Mobilisation ausgerichtet ist. Die Verhaltensweisen werden in die Verhaltenskategorie „Mobilisation anleiten“ kategorisiert und es wird die Fähigkeit (Fach)Wissen anzuwenden abgeleitet, die sich in diesem Fall auf die Fähigkeit, Bewohner zur Mobilisation anzuleiten bezieht.

Weiterhin wird beobachtet, dass ein Bewohner beispielsweise nach dem Waschen im Bett in den Rollstuhl gesetzt und ins Bad gebracht wird, wo er „sich selbst den Mund spülen kann“, „die Zähne einsetzt“, „die Haare kämmt“ und sich zurecht macht. Eine andere Bewohnerin wird zur Hälfte von einer Mitarbeiterin im Bett gewaschen, d. h. die untere Körperhälfte, da sie sehr korpulent ist und sich selbst schlecht waschen und abtrocknen kann. Anschließend wird sie im Rollstuhl ins Bad gefahren, wo sie sich weiterhin „eigenständig säubert“ (Gesicht und Oberkörper), der Rücken wird vom Pflegepersonal gewaschen. Anhand der Verhaltensweisen „lässt Bewohner sich selbst waschen“ und „bezieht Bewohner in die Körperpflege ein“, indem die Mitarbeiterin den Bewohnern ermöglichen, sich eigenständig das Gesicht (Oberkörper) im Bad zu waschen, kann ein pflegerisches Handeln abgeleitet werden, das auf das Ermöglichen einer aktivierenden Pflege und Selbstpflege der Bewohner ausgerichtet ist.

Die Verhaltensweisen werden in die Verhaltenskategorie „aktivierende Pflege und Selbstpflege ermöglichen“ gruppiert, die einen Aspekt der Anwendung von Fachwissen darstellen. Somit wird hier eine **„Fähigkeit aktivierende Pflege und Selbstpflege zu ermöglichen“** geschlussfolgert. Allerdings muss darauf hingewiesen werden, dass diese Verhaltensweisen

und die (Handlungs-)Fähigkeit aktivierende Pflege und Selbstpflege zu ermöglichen selten bei den Körperpflegehandlungen und Lagerungen beobachtet werden. Die Pflege ist überwiegend durch Tätigkeiten gekennzeichnet, die die Mitarbeiter für den Bewohner übernehmen. Somit kann prinzipiell festgestellt werden, dass nicht alle Mitarbeiter bemüht sind, die Selbstpflegefähigkeiten der Bewohner zu erhalten und zu unterstützen, worauf in den nachstehenden Ausführungen eingegangen wird.

Der Begriff Fähigkeit aktivierende Pflege und Selbstpflege zu ermöglichen stützt sich dabei auf Erkenntnisse aus der Interventionsgerontologie, die besagen, dass das soziale Umfeld von älteren Menschen (z. B. das Altenpflegeheim) dazu tendiert, unselbständiges Verhalten älterer Menschen zu unterstützen und zu bestärken und selbständiges Verhalten zu ignorieren (vgl. OSWALD ET AL. 1991, S. 288). Eine Fähigkeit der Mitarbeiter, aktivierende Pflege und Selbstpflege zu ermöglichen fördert dagegen die Selbstständigkeit der Bewohner, eigenständig zu handeln und nur in gewissen Bereichen Unterstützung anzunehmen. Somit lassen sich auch die nachfolgenden Verhaltensweisen der Mitarbeiter in dieses Konzept einordnen.

Im Critical Incident „Körperpflege (Nr. 9B)“ werden weiterhin folgende Verhaltensweisen der Mitarbeiter beobachtet: Vielen Bewohnern wird die Grundpflege, wie Gesichts- und Oberkörperreinigung, durch die Mitarbeiter abgenommen, obwohl sie auch sichtlich ambitioniert sind, diese selbst durchzuführen. Die Bewohner nehmen z. B. den Waschlappen, waschen sich das Gesicht und trocknen sich auch selbständig ab, allerdings werden diese Handlungen nicht beachtet und von den Mitarbeitern durchgeführt. Die Verhaltensweisen „Mitarbeiter waschen Bewohner selbst“, Mitarbeiter „übernimmt das Waschen für Bewohner“ und „Ambitionen der Bewohner nicht beachten“ kennzeichnen somit ein Handeln der Mitarbeiter, den Bewohnern keine aktivierende Pflege und Selbstpflege zu ermöglichen. Vor dem Hintergrund der bereits analysierten Verhaltensweisen „Bewohner in die Pflege einbeziehen“ und „Bewohner sich selbst waschen lassen“ sowie der abgeleiteten Fähigkeit, eine aktivierende Pflege und Selbstpflege zu ermöglichen kann in diesem Situationskontext hergeleitet werden, dass die Mitarbeiter über die Fähigkeit, eine aktivierende Pflege und Selbstpflege zu ermöglichen nicht verfügen bzw. diese nicht anwenden.

Weiterhin wird in den Situationen der Körperpflege beobachtet und ermittelt, wie eine Mitarbeiterin eine Bewohnerin z. B. fragt, ob sie baden möchte. Die Bewohnerin gibt an, dass sie Angst hat, da sie bereits einmal in der Wanne gestürzt ist. Sie geht dann bereitwillig in die Sitzwanne und wird dort abgeduscht. Die Mitarbeiterin geht auf die Ängste und Befürchtungen der Bewohnerin ein, duscht sie in der Sitzwanne ab und „zwingt sie nicht zum Baden“. In einer anderen Pflegesituation bietet eine Mitarbeiterin einer Bewohnerin bei der Grundpflege Deo und Parfum an und sprüht es nach ihrer Einwilligung an. Anhand der beobachteten Verhaltensweisen „Bewohnerin nicht zum Baden zwingen“, „Deo und Parfum anbieten“ und „Deo ansprühen“ wird ein Handeln abgeleitet, dass durch ein Beachten der Individualität des Bewohners gekennzeichnet ist. Die Mitarbeiter beachten die Ängste der Bewohnerin und zwingen sie nicht zum Baden, weiterhin beachten sie die Individualität der Person und bieten ihr Duftstoffe an. Aus diesem Grund werden die Verhaltensweisen in die Kategoriegruppe „Individualität beachten“ gruppiert. Somit wird ein Handeln abgeleitet, die Individualität der Bewohner

zu beachten. Es bezieht sich auf den Aspekt der Anwendung von Fachwissen und lässt auf die **„Fähigkeit Individualität zu beachten“** schließen.

Allerdings kann im Situationsbezug der Körperpflege Nr. 9B auch beobachtet und ermittelt werden, dass die Mitarbeiter orientierte und nicht-demente Bewohner „nicht nach ihrem Kleidungswunsch fragen“, sondern selbst Kleidung auswählen und den Bewohner anziehen sowie die vom Nachtdienst „bereitgelegte Kleidung nehmen“ und die Bewohner nicht fragen, ob sie diese anziehen möchten. Anhand der Verhaltensweisen „nicht nach Kleidungswunsch fragen“ wird abgeleitet, dass die Mitarbeiter die Individualität der Bewohner missachten und für noch entscheidungsfähige Bewohner bestimmen. Schlussfolgernd wird die Verhaltensweise „nicht nach Kleidungswunsch fragen“ in die Verhaltenskategorie Individualität missachten geordnet. Vor dem Hintergrund der bereits oben stehenden analysierten Verhaltensweisen „Deo und Parfum anbieten“ und „Deo ansprühen“ und der abgeleiteten Fähigkeit, die Individualität der Bewohner zu beachten kann in diesem Situationskontext hergeleitet werden, dass die Mitarbeiter über die Fähigkeit Individualität der Bewohner zu beachten nicht verfügen.

Im Critical Incident „Körperpflege (Nr. 9B)“ wird weiterhin beobachtet, dass die Mitarbeiter die Bewohner beim Waschen „mit Handtüchern oder der Bettdecke abdecken“, um die Intimsphäre der Bewohner zu wahren. Die Mitarbeiter „ziehen den Bewohnern Kleidung (Bluse, Pullover) an“, bevor sie den unteren Körperbereich im Bett waschen und „klopfen am Zimmer an“. Die Verhaltensweisen „anklopfen“, „Oberkörper mit Handtuch bedecken“ und „Beine mit Bettdecke bedecken“ deuten darauf hin, dass die Mitarbeiter die Intimsphäre des Bewohners (im Zusammenhang mit der Körperpflege) beachten. Da sich die beobachteten Verhaltensweisen auf ein pflegerisches Handeln beziehen, das in den Bereich Fachwissen anzuwenden geordnet wird, erfolgt in diesem Zusammenhang die Herleitung einer **„Fähigkeit Intimsphäre zu beachten“**. Grundsätzlich kann jedoch ermittelt werden, dass nicht alle Mitarbeiter die Intimsphäre der Bewohner beachten (vgl. Critical Incident 10B).

### **Critical Incident: Toilettenbegleitung (Nr. 10B)**

Im Critical Incident „Toilettenbegleitung (Nr. 10B)“ wird beobachtet, wie eine Mitarbeiterin im Bad neben einem Bewohner steht, der die Toilette benutzen möchte, und wartet. Sie fragt nach, ob sie draußen oder drinnen warten soll. Die Badtür steht während der Toilettenbenutzung des Bewohners offen und der andere Bewohner, der sich das Bad teilt und nebenan im Zimmer wohnt, kann zuschauen. Anhand der Verhaltensweisen „Türen geöffnet lassen“, „neben Bewohner stehen“, während dieser die Toilette benutzt, „Bewohner fragen“, ob die Mitarbeiterin warten soll, wird erkennbar, dass die Mitarbeiterin in diesem Situationskontext die Intimsphäre des Bewohners mehrfach missachtet. Demzufolge werden diese Verhaltensweisen in die Verhaltenskategorie „Intimsphäre missachten“ geordnet, da sie ein Handeln aufzeigen, das nicht wie im Critical Incident Nr. 9B erläutert durch ein Beachten der Intimität des Bewohners oder das Respektieren der Intimsphäre gekennzeichnet ist (indem die Badtür geschlossen wird oder dem Bewohner Privatsphäre auf der Toilette zugestanden und ermöglicht wird). Folglich wird hier festgestellt, dass die Mitarbeiter über eine Fähigkeit, die Intimsphäre der Bewohner zu beachten nicht verfügen bzw. ihnen diese (Handlungs-)Fähigkeit in dem Situationszusammenhang fehlt.

Zunächst könnte angenommen werden, dass ein Beachten der Intimsphäre der Bewohner nur auf das Waschen der Bewohner begrenzt wird und nur im Zusammenhang mit der Toilettenbenutzung die Intimsphäre der Bewohner nicht beachtet wird. Allerdings kann auch in den Beobachtungen zur Durchführung der Körperpflege ermittelt werden, dass beim Waschen des Gesichts von Bewohnern der „Oberkörper nicht abgedeckt“ wird oder dass Bewohner mit „zurückgeschlagener Bettdecke“ und „mit nackten Beinen im Bett liegen“ (vgl. Anlage 10, Beobachtungsprotokoll vom 7.11.05).

#### **Critical Incident: Bewohnerin klettert aus dem Bett (Nr. 11B)**

Im Critical Incident „Bewohnerin klettert aus dem Bett (Nr. 11)“ wird beobachtet, dass eine leicht verwirrte Bewohnerin morgens beim Wecken der Bewohner plötzlich im Gang steht, da sie aus dem Bett kletterte. Die Mitarbeiter kümmern sich um die Bewohnerin und „überlegen“ im Team, wie es die Bewohnerin anstellt, erneut über das Bettgitter aus dem Bett zu klettern. Anhand der Verhaltensweise „überlegen“, die in die Verhaltenskategorie „hinterfragen“ geordnet wird, da die Mitarbeiter Verhalten der Bewohnerin hinterfragen, kann ein reflektierendes Handeln abgeleitet werden. Vor dem Hintergrund des Begriffs „Reflexion“ und einer abgeleiteten Reflexionsfähigkeit, die als ein Zurückwenden der Aufmerksamkeit nach innen und als ein Überlegen und Überdenken der Handlungen im Hinblick auf zukünftig zu planende Handlungen verstanden wird (vgl. FRÖHLICH 2004, S. 373), kann anhand dieser Verhaltensweisen hergeleitet werden, dass die Mitarbeiter in diesem Critical Incident über eine Reflexionsfähigkeit verfügen.

#### **Critical Incident: Streit zwischen Bewohnern (Nr. 12B)**

Im Critical Incident „Streit zwischen Bewohnern (Nr. 12)“ wird beobachtet, dass die Mitarbeiterin, die den Streit bemerkt, den Vorfall „in der Pflegedokumentation dokumentiert“, damit die Wohnbereichsleiterin mit den Bewohnern erneut darüber sprechen kann. Anhand der Verhaltensweise „dokumentieren“ wird ein pflegerisches Handeln, Tätigkeiten und Vorfälle zu dokumentieren abgeleitet. Insofern kann in diesem Situationszusammenhang die Fähigkeit zur Dokumentation als eine Fähigkeit, (Fach)Wissen anzuwenden hergeleitet werden.

Im Critical Incident „Streit zwischen Bewohnern (Nr. 12)“ wird beobachtet, wie eine Schülerin einen Streit zwischen zwei Bewohnern bemerkt und „schlichtend dazwischen geht“, d. h. sie bringt die Bewohner in der direkten Streitsituation zunächst auseinander. Die Verhaltensweise „schlichten“, „trennt Bewohner“ und „vermittelt Gespräch mit WBL“ deuten auf ein vermittelndes Handeln. Dabei werden die Verhaltensweisen in die Verhaltenskategorie „vermitteln und schlichten“ geordnet. Aufgrund der Verhaltensweisen und des vermittelnden Handelns kann eine Vermittlungsfähigkeit der Schülerin abgeleitet werden. Für das vermittelnde Handeln wird der Begriff der „Vermittlung“ zugrunde gelegt, der hier im Sinne von „Mediation“ verwendet wird. Dabei bezeichnet „Vermitteln“ eine Art der Konfliktlösung, die bei den Interessen der Betroffenen ansetzt und durch Kommunikation erfolgt (vgl. FUCHS ET AL. 1988, S. 649, 404). Dabei vermittelt die Schülerin auch ein Gespräch der Bewohner mit der WBL, um den Streitvorfall zu klären.

#### **Critical Incident: Haarpflege eines Bewohners (Nr. 13B)**

Im Ereignis „Haarpflege eines Bewohners (Nr. 13)“ wäscht ein Schüler die Haare einer Bewohnerin und bemerkt nicht, dass er den Pulloverärmel der Bewohner durchnässt. Die

Bewohnerin wendet sich daraufhin an die WBL, die ihr einen neuen Pullover anzieht. An der Verhaltensweise „nicht bemerken“ wird deutlich, dass der Mitarbeiter nicht wahrnimmt, dass der Ärmel der Bewohnerin während des Haare Waschens nass wird. Anhand dieses Verhaltens wird eine fehlende Wahrnehmung abgeleitet. Eine Wahrnehmung anderer Personen kennzeichnet die Aufnahme und Interpretation von Informationen über ihre Zustände und Verhaltensweisen, die über die Sinnesorgane sowie durch Interaktion und Kommunikation erfolgt (vgl. KALLER 2001, S. 464; FUCHS ET AL. 1988, S. 849). Im Zusammenhang mit dem Critical Incident kann ermittelt werden, dass dem Mitarbeiter die Fähigkeit zur Wahrnehmung fehlt.

### **Analyse der Verhaltensweisen aus den weiteren beobachteten und transkribierten Daten**

Im Kontext der weiteren beobachteten und transkribierten Daten werden folgende Verhaltensweisen und Situationen ermittelt (vgl. Anlage 10, Beobachtungsprotokoll vom 10.11.05): Bewohner werden zur Beschäftigung gebracht, um z. B. Kartoffeln zu schälen und ihnen den Kontakt zu anderen Bewohnern zu ermöglichen. Eine Schülerin berichtet, dass versucht wird, viele Bewohner zur Beschäftigung am Vormittag und Nachmittag zu bringen, da *„oben auf dem Wohnbereich nichts los ist“* und sie so in die Bewohnergemeinschaft „integriert“ werden. Anhand von Handlungen, „Bewohner zur Beschäftigung zu bringen“, „Bewohner aus ihren Zimmer zu holen“ wird eine Integration der Bewohner erreicht. Davon ausgehend kann hier auf die Fähigkeit zu integrieren geschlossen werden. Für die Begriffsbestimmung wird der Begriff „Integration“ zugrunde gelegt, der im Zusammenhang mit dem Verhalten der Mitarbeiter als eine Eingliederung der Bewohner in die Gesellschaft Altenpflegeheim verstanden wird. (vgl. auch FUCHS ET AL. 1988, S. 347).

Allerdings kann im Zusammenhang mit den Verhaltensweisen „Bewohner ausgrenzen“, „Bewohner werden allein sitzen gelassen“, ermittelt werden, dass die Mitarbeiter Bewohner nicht in die Gemeinschaft integrieren (vgl. Anlage 10, Beobachtungsprotokolle vom 17.11.05 und 10.11.05). Beispielsweise wird beobachtet, dass eine Bewohnerin nicht im Aufenthaltsraum mit allen anderen Bewohnern sitzt, weil sie aufgrund ihrer Demenz andere Bewohner durch ihr Geschrei *„aufwiegelt“*. Die Mitarbeiter holen die Bewohnerin mindestens einmal am Tag aus dem Bett, gehen mit ihr einige Schritte zu einer Nische im Gang und setzen sie dort hin. Dort trifft sie eher selten auf andere Bewohner, was auf eine Ausgrenzung bzw. fehlende Integration hindeutet. Weiterhin wird beobachtet, dass unmobile Bewohner nach dem Frühstück bis zu Beschäftigungsrunde und teilweise bis zum Mittagessen im Rollstuhl *„allein an ihrem Platz im Speiseraum sitzen bleiben“*. Auch dadurch wird keine Integration und Gemeinschaft der Bewohner erreicht, da *„mit den Bewohnern nicht gesprochen“* wird. Die Mitarbeiter *„flitzen“* immerzu am Speiseraum vorbei und sehen die Bewohner sitzen, die einfach auf den nächsten Tagesablaufpunkt warten. Folglich deuten die Verhaltensweisen „Bewohner ausgrenzen“, „Bewohner werden allein sitzen gelassen“, „Mitarbeiter sprechen nicht den Bewohnern“ auf eine Fähigkeit zu integrieren hin, die in diesen Situationskontexten nicht vorhanden ist.

Weiterhin wird im Kontext der weiteren beobachteten und transkribierten Daten ermittelt, dass die Bewohner mit ihrem Nachnamen und „Sie“ während der Pflegehandlungen und in Gesprächen angesprochen und begrüßt werden (vgl. Anlage 10, z. B. Beobachtungsprotokoll vom 16.11.05). Anhand der *„höflichen Anrede mit dem Namen“* und „Sie“

kann abgeleitet werden, dass die Mitarbeiter sich wertschätzend im Umgang mit den Bewohnern verhalten. Insofern kann anhand des Verhaltens „Bewohner mit „Sie“ und Namen ansprechen“ eine Fähigkeit Wertschätzung zu vermitteln hergeleitet werden, die sich auf das kommunikative Handeln der Mitarbeiter bezieht.

Anhand der weiteren beobachteten und transkribierten Daten wird ebenfalls festgestellt, dass die Mitarbeiter „verniedlichende“ Formulierungen im Umgang mit Bewohnern und in der Auswertung von Situationen unter den Mitarbeitern benutzen (vgl. Anlage 10, z. B. Beobachtungsprotokolle vom 9.11.05 und 10.11.05). Bewohner sind z. B. „lieb“, „süß“, „niedlich“, „eine Schnecke“ oder „ein Herzel“. Es wird ebenfalls beobachtet, wie eine Mitarbeiterin kindliche Ausdrücke wie „die Windel ist ja heute wieder voll, das hat sich ja glatt gelohnt...“ während der Pflegetätigkeiten gegenüber einer Bewohnerin äußert. Häufig werden Formulierungen in „Wir-Form“ verwendet, wie z. B. „wir wollen uns mal waschen“. Anhand dieser kommunikativen Verhaltensweisen „reden in Wir-Form“, „verniedlichende Formulierungen“, und „kindliche Floskeln“ wird ersichtlich, dass den Bewohnern keine oder nur eine geringe Wertschätzung ihrer Person entgegengebracht wird. Vor dem Hintergrund der oben stehenden abgeleiteten Fähigkeit Wertschätzung zu vermitteln wird hier festgestellt, dass die Mitarbeiter über diese Fähigkeit nicht verfügen.

In den weiteren beobachteten und dokumentierten Daten wird ermittelt, dass die Mitarbeiter versuchen im Rahmen der Dienstplangestaltung und der Arbeitsorganisation, eine Beziehung zu den Bewohnern herzustellen (vgl. Anlage 10, Beobachtungsprotokoll vom 11.11.05). Dabei werden die Dienste so organisiert, dass immer dieselben Bewohner von den Mitarbeitern gepflegt und betreut werden, wenn sie mehrere Tage hintereinander in der gleichen Teamzusammenstellung arbeiten. Die Handlungen „Dienst nach Bezugspflege organisieren“ und „gleiche Bewohner betreuen“ kennzeichnen, dass die Mitarbeiter eine Beziehung zum Bewohner aufbauen können und werden aus diesem Grund auch in die Verhaltenskategorie „Beziehung aufbauen“ gruppiert. Der Aufbau und das Gestalten der Beziehungen stellen dabei Handlungen der Alltagsgestaltung dar und lassen auf eine **„Beziehungsfähigkeit“** der Mitarbeiter schließen.

Die Begriffsbildung Beziehungsfähigkeit stützt sich dabei auf das Verständnis von „Beziehung“ als „*Vorgänge (Erwartungen, Wahrnehmungen, Kommunikationen, soziales Handeln) zwischen zwei oder mehreren Individuen*“, die von längerem Bestand sind und eine Generalisierung erwarteter Verhaltensweisen zulassen (FUCHS ET AL. 1988, S. 112). Eine Beziehungsfähigkeit kennzeichnet somit die Arbeit mit dem Bewohner, die Übernahme und Durchführung von Betreuungsaufgaben und insbesondere eine Kommunikation, um die Beziehung zum Bewohner zu gestalten.

Jedoch wird auch beobachtet, dass eine Gestaltung von Beziehungen zu den Bewohnern nicht erfolgt, da sich die Mitarbeiter nicht mit den Bewohnern beschäftigen (vgl. Anlage 10, Beobachtungsprotokoll vom 10.11.05): Nach dem Frühstück sitzen die unmobilen Bewohner bis zur Beschäftigung, die ca. 10:00 stattfindet oder auch bis 11:30, wenn sie nicht zur Beschäftigung gehen wollen, im Frühstücksraum. In diesen Situationen werden den Bewohnern Steckspiele zur Beschäftigung hingestellt. Die Mitarbeiter setzen sich in den seltensten Fällen dazu und spielen mit. Obwohl an diesem Tag mehr Mitarbeiter als gewöhnlich im Dienst sind, wird die Zeit nicht im Zusammenhang mit der Beschäftigung

der Bewohner genutzt. Anhand der Handlungen „die Betreuung auf Pflegetätigkeiten reduzieren“, „Bewohner allein spielen lassen“ und „freie Zeitkapazitäten nicht für Bewohner nutzen“ kann abgeleitet werden, dass sich die Mitarbeiter nicht mit den Bewohnern beschäftigen und somit auch die Beziehung zu den Bewohnern nicht gestalten. Im Zusammenhang mit der oben ermittelten Beziehungsfähigkeit wird hier festgestellt, dass den Mitarbeitern die Beziehungsfähigkeit fehlt.

### 8.5.3 Zusammenfassung der (Handlungs-)Fähigkeiten T<sub>1</sub>

Im sechsten Analyseschritt werden die (Handlungs-)Fähigkeiten aus den Interviews und Beobachtungen zusammengefasst. Dabei wird deutlich, dass eine (Handlungs-)Fähigkeit als ein Ausprägungsbereich verstanden werden kann. Diesen Ausprägungsbereich kennzeichnen Fähigkeiten, über die die Mitarbeiter verfügen bzw. die vorhanden sind und Fähigkeiten, die bei den Mitarbeitern nicht vorhanden sind bzw. die ihnen fehlen. Weiterhin wird deutlich, dass in den Critical Incidents auch Zustände bzw. Eigenschaften von Personen erläutert werden (vgl. Anlage 5 und Anlage 6), die jedoch nicht als (Handlungs-)Fähigkeit aufgefasst werden.

Ein Problem stellt die Abgrenzbarkeit der (Handlungs-)Fähigkeiten voneinander dar. Einerseits können z. B. Verhaltensweisen, wie „die Meinung sagen“ oder „im Gespräch zurechtweisen“ (Verhaltenskategorie „sich wehren“) als (Handlungs-)Fähigkeit Distanzierungsfähigkeit aufgefasst werden. Andererseits bezeichnen sie auch kommunikative Verhaltensweisen und könnten somit auch als (Handlungs-)Fähigkeit Kommunikationsfähigkeit verstanden werden.

#### Der Ausprägungsbereich der Kommunikationsfähigkeit

Der Ausprägungsbereich der Kommunikationsfähigkeit umfasst eine verfügbare Kommunikation, aber auch eine eingeschränkte Kommunikation der Mitarbeiter (vgl. Ausprägungsbereich eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit), die aus den Critical Incidents der Interviews und Beobachtung hergeleitet werden.

In den Critical Incidents der Interviews wird anhand der Verhaltenskategorien „nachfragen, fragen“, „antworten“, „kommunizieren“, „erklären“ und „Scherze machen“ ein kommunikatives Handeln im Umgang mit den Bewohnern abgeleitet. Dieses kommunikative Verhalten kennzeichnet eine Kommunikationsfähigkeit der Mitarbeiter, die vor dem Hintergrund einer begrifflichen Grundlage und dem Verständnis von Kommunikation als Übertragung von Informationen und emotionalen Gehalten, z. B. durch Mitteilung, Austausch, Interaktion, hergeleitet wird (vgl. FUCHS ET AL. 1988, S. 397f.).

Diese Kommunikationsfähigkeit wird in nahezu allen Critical Incidents der Interviews beispielsweise anhand der Verhaltensweisen „reden“, „auf Fragen antworten“, „sprechen“, „in Ruhe erklären“ oder „Faxen machen“ ermittelt (vgl. z. B. Critical Incident Nr. 3, Nr. 5, Nr. 12, Nr. 15). In den Bewohnerinterviews berichten die Bewohner zudem, dass sie sich mit den Mitarbeitern während der Körperpflege unterhalten, Smalltalks „zwischendurch“ auf dem Gang führen, sich gut unterhalten oder mit den Mitarbeitern sprechen, wenn sie morgens von ihnen geweckt werden und wenn sie ihnen abends eine „Gute Nacht!“ wünschen.

Demzufolge kann in diesem Ausprägungsbereich ermittelt werden, dass eine Fähigkeit zur Kommunikation vorhanden ist, wenn die Mitarbeiter mit den Bewohner während und auch außerhalb der Pflegetätigkeiten kommunizieren, d. h. mit Bewohnern sprechen, sich unterhalten, Gespräche führen, nachfragen und erklären. Eine Kommunikationsfähigkeit ist nur eingeschränkt vorhanden, wenn die Kommunikation mit den Bewohnern vorwiegend während der Durchführung von Pflegetätigkeiten erfolgt.

### **Der Ausprägungsbereich der eingeschränkten Kommunikationsfähigkeit**

In den Beobachtungen wird anhand der Verhaltensweisen „nicht mit Bewohnerin sprechen“, „Bewohner nicht anleiten“ ein kommunikatives Handeln während und außerhalb der Pflegetätigkeiten abgeleitet, das durch eine eingeschränkte Kommunikation gekennzeichnet ist. Anhand dieser Verhaltensweisen und der abgeleiteten eingeschränkten Kommunikationsfähigkeit wird geschlussfolgert, dass die Mitarbeiter in den Critical Incidents Nr. 4B und 8B nur eingeschränkt mit den Bewohnern kommunizieren.

Eine eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit ist vorhanden, wenn die Mitarbeiter mit den Bewohnern während und auch außerhalb der Pflegehandlungen wenig kommunizieren und Bewohner nicht anleiten bzw. die Mitarbeiter ihre Pflegetätigkeiten, die sie am Bewohner durchführen, nicht erläutern. Eine eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit ist nicht vorhanden, wenn die Mitarbeiter den kommunikativen Austausch von Informationen und emotionalen Gehalten nicht nur auf die Pflegehandlungen beziehen, sondern auch außerhalb der Pflege mit den Bewohnern kommunizieren.

Denkbar ist, dass die eingeschränkte Kommunikation auf den Gesundheitszustand der Bewohner zurückgeführt wird: mit unmobilen, bettlägerigen und dementen Bewohnern muss der sich Mitarbeiter nicht so häufig unterhalten, weil die Bewohner nicht auf das Gespräch reagieren und es vielleicht nicht mehr wahrnehmen. Grundsätzlich stellt die eingeschränkte Kommunikation ein Hindernis in der Beziehungsgestaltung zum Bewohner dar, da die Beziehungsfähigkeit, die Beschäftigung und die Beziehungsgestaltung wesentlich durch Kommunikation geprägt und aufrechterhalten werden.

### **Der Ausprägungsbereich der Fähigkeit zu überzeugen**

Die Fähigkeit zu überzeugen wird anhand eines überzeugenden kommunikativen Handelns der Mitarbeiter in den Interviews und der Beobachtung abgeleitet. Das Handeln umfasst die Verhaltenskategorien „(Bewohner) überzeugen“ und „(Bewohner) zum Nachdenken anregen“. Dabei stützt sich die Begriffsbildung Fähigkeit zu überzeugen auf den Begriff „Überzeugung“, der eine Veränderung der Einstellungen anderer Personen durch überzeugende Kommunikation bezeichnet (vgl. FUCHS ET AL. 1988, S. 92). im Critical Incident Nr. 10 wird die „Überzeugung“ daran erkennbar, dass eine Mitarbeiterin die Bewohnerin z. B. bittet, ihr Verhalten zu überdenken und die andere Bewohnerin nicht weiter zu beschuldigen ihre Kleidung zu tragen (vgl. z. B. die Verhaltensweisen „sprechen“ „bitten zu überlegen“ und „bitten in sich zu gehen“). Die Fähigkeit zu überzeugen erfordert kommunikative Fähigkeiten der Gesprächsführung und stellt eine Form der Kommunikationsfähigkeit dar.



**Der Ausprägungsbereich der Fähigkeit abzulenken**

Anhand der Verhaltenskategorie „(Bewohner) ablenken“ wird ebenfalls ein kommunikatives Handeln in den Interviews abgeleitet, das auf ein Ablenken der Bewohner ausgerichtet ist. Dabei erfolgt das Handeln, Bewohner abzulenken durch Gespräche der Mitarbeiter mit den Bewohnern, um diese abzulenken, neidisch und eifersüchtig auf andere Bewohner zu reagieren und möglicherweise auch, um einem Streit vorzubeugen (vgl. die Verhaltensweisen „ihm etwas zeigen“, was für ihn gemacht wurde und „auf andere Sachen (Blumen oder Musik) hinweisen“ im Critical Incident Nr. 18). In diesem Zusammenhang wird die Fähigkeit abzulenken hergeleitet, die ebenfalls eine Form der Kommunikationsfähigkeit und ebenso eine notwendige Fähigkeit zur Vermittlung und der Schlichtung von Streitigkeiten zwischen Bewohnern darstellt (vgl. Vermittlungsfähigkeit).

**Der Ausprägungsbereich der Fähigkeit zu beruhigen**

Die Fähigkeit zu beruhigen wird durch ein beruhigendes und kommunikatives Handeln in den Interviews abgeleitet und umfasst die Verhaltenskategorie „(Bewohner) beruhigen“. Da es sich bei dieser (Handlungs-)Fähigkeit um beruhigendes kommunikatives Verhalten und um Verhaltensweisen im Zusammenhang mit dem Ausdrücken von Zuwendung handelt (z. B. „beruhigend sprechen“ und „beruhigend streicheln“, vgl. Critical Incident Nr. 22), wird diese Fähigkeit als eine Form der Kommunikationsfähigkeit betrachtet.

**Der Ausprägungsbereich der Fähigkeit zum Zuhören**

Der Ausprägungsbereich der Fähigkeit zum Zuhören wird in den Interviews anhand der Verhaltenskategorie „zuhören“ im Umgang der Mitarbeiter mit den Bewohnern ermittelt. Die Verhaltensweisen „zuzuhören“ werden dabei als Handlung ermittelt, die im Zusammenhang mit einem kommunikativen Verhalten (z. B. „Gute-Nacht-Sagen“) und dem Handeln, Zuwendung entgegenzubringen (z. B. „übers Gesicht streicheln“) von den Mitarbeitern angewendet werden (vgl. Critical Incident Nr. 3). Dabei lehnt sich die Ableitung der Fähigkeit zum Zuhören an eine Begriffsbestimmung im Zusammenhang mit der Personalentwicklung und dem Coaching an (vgl. FRÖHLICH 2004, S. 329).

**Der Ausprägungsbereich der Fähigkeit (Fach)Wissen anzuwenden**

Der Ausprägungsbereich der Fähigkeit (Fach)Wissen anzuwenden umfasst die in den Interviews und der Beobachtung abgeleiteten verfügbaren Fähigkeiten medizinisches und pflegerisches Wissen anzuwenden, die Fähigkeit zur Dokumentation und die Fähigkeit, Körperpflege durchzuführen sowie die Fähigkeiten Bewohner zu mobilisieren und Bewohner zu validieren. In den Beobachtungen werden weiterhin verfügbare Fähigkeiten zum Essenreichen, technische Geräte anzuwenden sowie Bewohner an- und auszukleiden ermittelt.

Die Fähigkeiten werden beispielsweise anhand der Verhaltensweisen Bewohner mit Franzbranntwein „einzureiben“ (medizinisch-pflegerische Handlung, vgl. Critical Incident Nr. 3), durch das „Dokumentieren“ von pflegerischen Handlungen (vgl. Critical Incident Nr. 9) oder anhand der Verhaltensweisen Bewohner zu „waschen“, zu „duschen“ und zu „baden“, die eine Durchführung der Körperpflege kennzeichnen (vgl. Critical Incident Nr. 24), abgeleitet. Weiterhin wird die Fähigkeit (Fach)Wissen anzuwenden durch die Verhaltensweisen „Bewegungsübungen machen“ und „Gymnastik machen“, die der Verhaltenskategorie „mobilisieren“ zugeordnet werden, hergeleitet (vgl. Critical Incident

Nr. 17) sowie durch die Verhaltenskategorie „validieren“ (z. B. „ein validierendes Gespräch führen“ im Critical Incident Nr. 29) und durch Verhaltensweisen „Getränke reichen“ oder „Zahnprothese einsetzen“ (vgl. Critical Incident 1B), anhand derer die Fähigkeit zum Essenreichen abgeleitet wird. Die Fähigkeiten werden weiterhin durch die Verhaltenskategorie „technische Geräte anwenden“ (vgl. Critical Incident Nr. 5B, z. B. „fahren des Lifters“, „Transport ins Bett“) sowie durch die Verhaltenskategorie „an- und auskleiden“ (z. B. im Critical Incident 5B anhand der Verhaltensweisen „an- und auskleiden“ und „Tageswäsche anziehen“) gekennzeichnet.

Für einige Handlungen der Fähigkeit (Fach)Wissen anzuwenden, wie z. B. „Bewohner einzureiben“, ist einerseits medizinisches und pflegerisches Wissen erforderlich, über das die Pflegekräfte verfügen müssen und andererseits auch die Fähigkeit Zuwendung auszudrücken, da die Einreibungen mit Berührungen und emotionaler Zuwendung in Verbindung gebracht werden können.

Weiterhin werden im Ausprägungsbereich (Fach)Wissen anwenden eine (Handlungs-)Fähigkeit Bewohner zur Mobilisation anzuleiten ermittelt, die in den Interviews und der Beobachtung als verfügbare Fähigkeit anhand beispielhafter Verhaltensweisen, wie Handlungen „ansagen“ und „vorzeigen“ oder „Pflegehandlungen ansagen“ und „Anleiten zum Drehen“ (Critical Incident Nr. 34 oder 35, 9B) abgeleitet wird. Jedoch werden in diesem Ausprägungsbereich auch Verhaltensweisen beobachtet, wie „nicht mitteilen“ und „nicht anleiten“, „nicht mit Bewohnerin sprechen“ (Critical Incident Nr. 1B, 4B), die eine fehlende Anleitung zur Mobilisation kennzeichnen. Somit kann angenommen werden, dass die Fähigkeit Bewohner zur Mobilisation anzuleiten bei den Mitarbeitern in diesen Situationskontexten nicht vorhanden ist. Die fehlende Anleitung zur Mobilisation von Bewohner steht in einem Zusammenhang zur eingeschränkten Kommunikationsfähigkeit, da auch hier festgestellt wird, dass die Mitarbeiter mit den Bewohnern während und auch außerhalb der Pflegehandlungen wenig kommunizieren und Bewohner nicht anleiten bzw. die Mitarbeiter ihre Pflegetätigkeiten, die sie am Bewohner durchführen, nicht erläutern.

Aus den Beobachtungen werden folgende neue Ausprägungsbereiche der Anwendung von (Fach)Wissen hergeleitet: die Fähigkeit aktivierende Pflege und Selbstpflege zu ermöglichen, die Fähigkeit Individualität zu beachten und die Fähigkeit Intimsphäre zu beachten.

Der Ausprägungsbereich der Fähigkeit, den Bewohnern eine aktivierende Pflege und Selbstpflege zu ermöglichen wird insbesondere im Zusammenhang mit der Körperpflege der Bewohner hergeleitet. Ermittelt wird einerseits eine angewendete aktivierende Pflege und Selbstpflege, anhand der Verhaltensweisen „lässt Bewohner sich selbst waschen“ und „bezieht Bewohner in die Körperpflege ein“ (vgl. Critical Incident 9B). Somit wird hier eine verfügbare Fähigkeit, eine aktivierende Pflege und Selbstpflege zu ermöglichen abgeleitet. Andererseits wird auch eine nicht angewendete aktivierende Pflege und Selbstpflege ermittelt. Diese kennzeichnet z. B. die Verhaltensweisen „Mitarbeiter waschen Bewohner selbst“, Mitarbeiter „übernimmt das Waschen für Bewohner“ und „Ambitionen der Bewohner nicht beachten“ (vgl. Critical Incident 9B). In diesem Kontext kann geschlussfolgert werden, dass die Mitarbeiter über die Fähigkeit, den Bewohnern eine aktivierende Pflege und Selbstpflege zu ermöglichen nicht verfügen. Als Erklärung für den

zweiten Aspekt dieser Fähigkeit kommt möglicherweise folgende Vermutung in Frage: Die Mitarbeiter bringen keine Zeit auf bzw. wollen keine Zeit aufwenden, um den Bewohnern die Selbstpflege zu ermöglichen, damit sie Pflegehandlungen selbständig durchführen, da die Aktivierung und die Anleitung des Bewohners mehr Zeit beansprucht.

Der Ausprägungsbereich der Fähigkeit, die Individualität der Bewohner zu beachten kennzeichnet einerseits das Handeln, die Individualität der Bewohner zu beachten sowie andererseits eine Missachtung der Individualität der Bewohner. Die Beachtung der Individualität der Bewohner wird anhand folgender Verhaltensweisen deutlich: „Bewohnerin nicht zum Baden zwingen“, „Deo und Parfum anbieten“ und „Deo ansprühen“ (vgl. Critical Incident 9B). Demzufolge wird hier eine verfügbare Fähigkeit, die Individualität der Bewohner zu beachten hergeleitet. Die Verhaltensweisen entscheidungsfähige Bewohner „nicht nach Kleidungswunsch fragen“ (vgl. Critical Incident 9B) weisen auf ein Missachten der Individualität der Bewohner bzw. auch ein nicht beachtendes Handeln hin. Hier kann somit abgeleitet werden, dass die Mitarbeiter über die Fähigkeit, die Individualität der Bewohner zu beachten nicht verfügen.

Der Ausprägungsbereich der Fähigkeit, die Intimsphäre der Bewohner zu beachten wird anhand eines Handelns, die Intimsphäre der Bewohner während der Körperpflege zu beachten (z. B. durch die Verhaltensweisen „anklopfen“, „Oberkörper mit Handtuch bedecken“ und „Beine mit Bettdecke bedecken“ (vgl. Critical Incident 9B)) abgeleitet. Aus diesem Grund wird hier auf eine verfügbare Fähigkeit, die Intimsphäre der Bewohner zu beachten geschlossen. Allerdings kann auch ein Handeln, die Intimsphäre der Bewohner zu missachten bzw. nicht zu beachten ermittelt werden. Hierauf weisen insbesondere folgende Verhaltensweisen hin: „Türen geöffnet lassen“, „neben Bewohner stehen“, während dieser die Toilette benutzt, „Bewohner fragen“, ob die Mitarbeiterin warten soll (vgl. Critical Incident Nr. 10B) oder morgens beim Wecken der Bewohner nach dem Anklopfen an die Zimmertür, die „Antwort nicht abwarten und eintreten“ (vgl. Critical Incident Nr. 9B). Somit kann hier abgeleitet werden, dass die Mitarbeiter über die Fähigkeit, die Intimsphäre der Bewohner zu beachten nicht verfügen.

Beispielsweise deutet das Verhalten der Mitarbeiter, morgens beim Wecken „an die Zimmertür anzuklopfen“ und „ohne eine Aufforderung einzutreten“ auch darauf hin, dass einige Bewohner noch schlafen, wenn sie geweckt werden. Jedoch wird beobachtet, dass die Bewohner häufig um die gleiche Uhrzeit geweckt werden und auch schon wach sind, wenn die Mitarbeiter anklopfen (vgl. Critical Incident 9B).

### **Der Ausprägungsbereich der Fähigkeit fürsorglich zu handeln**

Die Fähigkeit fürsorglich zu handeln wird in den Interviews und der Beobachtung anhand der Verhaltenskategorien „kümmern“ und „fürsorglich handeln“ abgeleitet. Diesen sind Verhaltensweisen, wie „nach dem Befinden fragen“, „sich Zeit nehmen“, „sich kümmern“, Bewohner „ins Bett legen“, Bewohner „zudecken“ oder Bewohner „intensiv betreuen“ zugeordnet. Sie beschreiben ein fürsorgliches Handeln der Mitarbeiter im Umgang mit den Bewohnern (vgl. Critical Incident Nr. 1, Nr. 7, Nr. 11, Nr. 17).

**Der Ausprägungsbereich der Fähigkeit Zuwendung auszudrücken**

Anhand des Handelns der Mitarbeiter, den Bewohnern Zuwendung entgegenbringen, das in den Interviews und der Beobachtung durch die Verhaltenskategorien „Zuneigung vermitteln“ und „streicheln, drücken“ benannt ist, wird die Fähigkeit Zuwendung auszudrücken hergeleitet. Dafür wird der Begriff der „emotionalen Zuwendung“ zugrunde gelegt, der ein freundliches und liebevolles Verhalten beschreibt, dass einer Person entgegengebracht wird (vgl. FUCHS ET AL. 1988, S. 886). Die Verhaltensweisen der Mitarbeiter, ihre „Zuneigung zu zeigen“, indem sie ihre „Empfindungen durch „streicheln“ oder „in Gesprächen“ ausdrücken, verdeutlichen diese (Handlungs-)Fähigkeit (vgl. z. B. Critical Incident Nr. 1).

**Der Ausprägungsbereich der Fähigkeit zur Wahrnehmung**

Der Ausprägungsbereich der Fähigkeit zur Wahrnehmung umfasst eine verfügbare Wahrnehmung, aber auch eine fehlende Wahrnehmung der Mitarbeiter, die aus den Critical Incidents der Interviews und Beobachtung hergeleitet werden.

Anhand der Verhaltenskategorien „bemerken“, „hören“, „beobachten“ und „sehen“ kann ein Handeln, Bewohner wahrzunehmen abgeleitet werden. Dabei kennzeichnen z. B. die Verhaltensweisen „Stimmung sehen“, „Reaktionen des Bewohners bemerken“, „Bewohner beobachten“ oder „merken“, wenn sich Bewohner nicht gut fühlen oder Bewohner fühlen sich „wahrgenommen“ (vgl. Critical Incident Nr. 1, Nr. 7, Nr. 13) die Wahrnehmung der Mitarbeiter bzw. das wahrnehmende Handeln. Anhand dieses Handelns und der Verhaltensweisen wird eine Fähigkeit zur Wahrnehmung hergeleitet. Dafür wird der Begriff „interpersonelle Wahrnehmung“ bzw. „soziale Wahrnehmung“ zugrunde gelegt. Danach kennzeichnet eine Wahrnehmung anderer Personen die Aufnahme und Interpretation von Informationen über ihre Zustände und Verhaltensweisen, die über die Sinnesorgane sowie durch Interaktion und Kommunikation erfolgt (vgl. KALLER 2001, S. 464; FUCHS ET AL. 1988, S. 849).

An den Verhaltensweisen „gar nicht aufgefallen“, „mit sich beschäftigt“ und „gar nicht wahrgenommen“ (vgl. Critical Incident Nr. 25), die in die Verhaltenskategorie „nicht wahrnehmen“ gruppiert werden, wird jedoch auch erkennbar, dass die Mitarbeiter den Bewohner und auch ihre Umwelt nicht wahrnehmen. Hier wird ein Handeln ermittelt, das durch eine fehlende Wahrnehmung gekennzeichnet ist. Anhand dieser Verhaltensweisen und der abgeleiteten fehlenden Wahrnehmung wird geschlussfolgert, dass den Mitarbeitern im Situationszusammenhang des Critical Incidents „Intimsphäre (Nr. 25)“ die Fähigkeit zur Wahrnehmung fehlt.

Schlussfolgernd kann in diesem Ausprägungsbereich ermittelt werden, dass eine Fähigkeit zur Wahrnehmung vorhanden ist, wenn die Mitarbeiter die Bewohner und ihr Verhalten sehen, beobachten, bemerken und hören, also wahrnehmen. Eine Fähigkeit zur Wahrnehmung ist jedoch nicht vorhanden, wenn die Mitarbeiter den Bewohner nicht wahrnehmen, d. h. mit sich beschäftigt sind oder ihnen die Zustände der Umwelt, wie offene Türen, „nicht auffallen“.

**Der Ausprägungsbereich der Fähigkeit sich in andere einzufühlen und hineinzusetzen**

Der Ausprägungsbereich der Fähigkeit, sich in andere einzufühlen und hineinzusetzen umfasst ein einführendes Handeln, aber auch eine fehlende Einfühlung der Mitarbeiter, die aus den Critical Incidents der Interviews und der Beobachtung hergeleitet werden.

Die Fähigkeit sich in andere einzufühlen und hineinzusetzen wird z. B. anhand der Verhaltensweisen „gefühlvoll eingehen“, „ruhig eingehen“ (vgl. Critical Incident Nr. 29) hergeleitet, die ein Einfühlen und Hineinversetzen in den dementen Bewohner und die Situation kennzeichnen, um ihn z. B. zu validieren. Ausgehend vom Begriff „Einfühlung“ (Empathie), der ein Sich-Hineinversetzen in eine andere Person oder Sich-Identifizieren mit einer anderen Person bezeichnet, um ihre Gefühle und Verhaltensweisen zu verstehen (vgl. FUCHS ET AL. 1988, S. 178), wird anhand der beschriebenen Verhaltensweisen die Fähigkeit sich in andere einzufühlen und hineinzusetzen hergeleitet.

Allerdings kann im Zusammenhang mit dem Critical Incident Nr. 25 eine fehlende Einfühlung der Mitarbeiter ermittelt werden. An den Verhaltensweisen „Tür offen lassen“, „Bettdecke weg schlagen“, „privat unterhalten“, weil die Bewohnerin nicht mehr antworten kann und „mit sich beschäftigen“ wird erkennbar, dass sich die Mitarbeiter nicht in die Pflegesituation hineinversetzen und sich nicht in die Bewohnerin einfühlen, die dort „jeglichen Blicken ausgeliefert“ gewaschen wurde. Die genannten Verhaltensweisen kennzeichnen ein Handeln, dass durch ein fehlendes Einfühlen in die Situation der Bewohnerin charakterisiert ist. Somit kann geschlussfolgert werden, dass den Mitarbeitern die Fähigkeit sich in andere einzufühlen und hineinzusetzen fehlt.

Anhand der Verhaltensweisen „Tür offen lassen“, „Bettdecke weg schlagen“ wird auch eine Verbindung zum Handeln, Intimsphäre nicht beachten bzw. missachten erkennbar, dass in den Beobachtungen anhand ähnlicher Verhaltensweisen, wie z. B. „offene Türen“ und Mitarbeiter „steht neben Bewohner während Toilettengang“ oder „Oberkörper nicht abgedeckt“ und Bewohner liegt mit „zurückgeschlagener Bettdecke“ im Bett, abgeleitet wird. In diesem Zusammenhang kann hier auch eine Fähigkeit, die Intimsphäre der Bewohner zu beachten hergeleitet werden, die jedoch bei den Mitarbeitern nicht vorhanden ist.

In diesem Ausprägungsbereich wird ermittelt, dass eine Fähigkeit sich in andere einzufühlen und hineinzusetzen vorhanden ist, wenn die Mitarbeiter gefühlvoll und ruhig auf Bewohner „eingehen“, die Bewohner und ihr Verhalten wahrnehmen und sich in den Bewohner hineinversetzen. Eine Fähigkeit, sich in andere einzufühlen und hineinzusetzen (und eine Fähigkeit, die Intimsphäre der Bewohner zu beachten) ist nicht vorhanden, wenn sich die Mitarbeiter nicht in den Bewohner einfühlen und sich stattdessen „mit sich selbst beschäftigen“, „die Bettdecke weg schlagen“, „die Tür offen lassen“ und „sich privat (über den Bewohner hinweg) unterhalten“. Hierin wird auch erkennbar, dass eine fehlende Einfühlung auch mit einer fehlenden Wahrnehmung verknüpft ist und sich wechselseitige Abhängigkeiten aufzeigen lassen.

**Der Ausprägungsbereich der Fähigkeit Wertschätzung zu vermitteln**

Der Ausprägungsbereich der Fähigkeit Wertschätzung zu vermitteln umfasst ein Handeln Wertschätzung zu vermitteln, aber auch eine fehlende Wertschätzung der Mitarbeiter im

Umgang mit den Bewohnern, abgeleitet aus den Critical Incidents der Interviews und der Beobachtung.

Im Zusammenhang mit dem Critical Incident Nr. 29 und der Validation werden die Verhaltensweisen „Bewohner ernst nehmen“, „aktiv Zuhören“, „Bewohner bestätigen“ und „Gefühl der Wertschätzung vermitteln“ festgestellt, die ein wertschätzendes Handeln kennzeichnen. Vor dem Hintergrund dieser Verhaltensweisen der Mitarbeiter und ihres wertschätzenden Umgangs mit den Bewohnern lässt sich somit die Fähigkeit Wertschätzung zu vermitteln herleiten.

Jedoch kann im Critical Incident Nr. 30 im Umgang mit kritischen Bewohnern festgestellt werden, dass sich eine Mitarbeiterin nicht wertschätzend gegenüber dem Bewohner verhält. Die Verhaltensweisen „reagiert barsch und rau“, „geht auf Bewohner zu“, „spricht laut mit Bewohner“, „kommuniziert emotional“ verdeutlichen, dass die Mitarbeiterin dem Bewohner im Gespräch keine Wertschätzung vermittelt. Die fehlende Wertschätzung wird in den Beobachtungen zudem anhand der kommunikativen Verhaltensweisen „reden in Wir-Form“, „verniedlichende Formulierungen“, und „kindliche Floskeln“ deutlich. In diesem Situationskontext und anhand der Verhaltensweisen kann somit abgeleitet werden, dass der Mitarbeiterin die Fähigkeit Wertschätzung zu vermitteln fehlt.

Zusammenfassend kann in diesem Ausprägungsbereich ermittelt werden, dass eine Fähigkeit Wertschätzung zu vermitteln vorhanden ist, wenn die Mitarbeiter Bewohner „ernst nehmen“, „aktiv Zuhören“ und „bestätigen“, somit die Bewohner auch wahrnehmen und sich in sie einfühlen. Eine Fähigkeit Wertschätzung zu vermitteln ist nicht vorhanden, wenn die Mitarbeiter „barsch, rau und laut“ sowie emotional mit Bewohnern kommunizieren, anstatt sachlich mit ihnen zu sprechen. Hierin wird wiederum erkennbar, dass eine fehlende Wertschätzung auch mit einer fehlenden Einfühlung verknüpft ist und sich wechselseitige Abhängigkeiten aufzeigen lassen.

### **Der Ausprägungsbereich der Fähigkeit Interesse zu bekunden**

Die Verhaltenskategorie „Interesse zeigen“ und Verhaltensweisen der Mitarbeiter, wie z. B. „sich Zeit nehmen“ und „zuhören“ oder „Geschenke mitbringen“ (vgl. Critical Incident Nr. 2, Nr. 13) kennzeichnen ein Handeln der Mitarbeiter, Interesse für die Bewohner und ihre Verlieben zu bekunden. Vor dem Hintergrund des Verständnisses von „Interesse“ als das Ausrichten der Aufmerksamkeit und Gedanken auf eine Person, um sich mit dieser auseinanderzusetzen (vgl. FUCHS ET AL. 1988, S. 356) und anhand der ermittelten Verhaltensweisen, die dieses Ausrichten der Aufmerksamkeit auf die Bewohner und das Auseinandersetzen mit ihren Vorlieben beschreiben, wird die Fähigkeit Interesse zu bekunden in den Interviews ermittelt.

### **Der Ausprägungsbereich der Fähigkeit sich zu engagieren**

Die Fähigkeit sich zu engagieren wird in den Interviews durch die Verhaltenskategorie „engagieren“ und durch die Verhaltensweisen, die ein engagiertes Handeln kennzeichnen sichtbar: z. B. „Blumen versorgen“ und „schön herrichten“ (vgl. Critical Incident Nr. 3). Dabei engagiert sich die Mitarbeiterin und kümmert sich um die Blumen der Bewohnerin. Eine andere Mitarbeiterin „ist extra gekommen“ (vgl. Critical Incident Nr. 15), um den Bewohnern in ihrer Freizeit ihren Hund vorzustellen und sie mit ihm zu fotografieren. Aus

den Verhaltensweisen wird ein engagiertes Handeln und somit die Fähigkeit, sich zu engagieren hergeleitet. Dabei wird ein Begriffsverständnis von Engagement zugrunde gelegt, dass allgemein als besonderer Einsatz für Personen oder eine Sache verstanden wird.

### **Der Ausprägungsbereich der Fähigkeit zu motivieren**

Die Fähigkeit zu motivieren wird in den Interviews und der Beobachtung anhand der Verhaltenskategorien „Bewohner motivieren“ und „Bewohner loben“ und eines kommunikativen motivierenden Handelns abgeleitet. Dabei wenden die Mitarbeiter z. B. Verhaltensweisen an, wie „sie haben aber schön mitgemacht“ oder „witzig und humorvoll rangehen“ und die Bewohnerin „zum Laufen motivieren“, die ein motivierendes und lobendes Handeln kennzeichnen. Durch die angewendeten Verhaltensweisen motivieren und aktivieren die Mitarbeiter die Bewohner (z. B. nach einem Sturz) zum Laufen oder sie loben die Bewohner dafür, dass sie die Mitarbeiter bei den Pflegehandlungen unterstützen (vgl. Critical Incident Nr. 3, Nr. 17). Die Herleitung der Fähigkeit zu motivieren geschieht dabei vor dem Hintergrund des Verständnisses von „Motivation“ bzw. „Motivierung“ als eine Erzeugung einer Motivation im Sinne einer zielgerichteten Aktivierung des Verhaltens von Personen (vgl. FUCHS ET AL. 1988, S. 520; FRÖHLICH 2004, S. 148).

### **Der Ausprägungsbereich der Fähigkeit zur Selbstbeherrschung**

Der Ausprägungsbereich der Fähigkeit zur Selbstbeherrschung umfasst ein beherrschtes Handeln der Mitarbeiter, dass im Umgang mit dementen Bewohnern, aber auch schimpfenden und beleidigenden Bewohnern angewendet wird. Das beherrschte Handeln wird in den Interviews beispielsweise anhand der Verhaltensweisen „sich zusammenreißen“, „innerlich ruhig verhalten“, „nicht Kontra geben“, „nicht schimpfen“, „sich gefallen lassen“, „dastehen und schlucken“ oder „wegstecken“ ermittelt (vgl. Critical Incident Nr. 6, 10, 20, 26). Diese Verhaltensweisen werden in die Verhaltenskategorien „erdulden“, „nicht schimpfen“, „nicht widersprechen“, „ruhig verhalten“ und „sich beherrschen“ gruppiert. Der Begriff Fähigkeit zur Selbstbeherrschung und das beherrschte Handeln lehnen sich dabei an den psychologischen Begriff der „Ich-Kontrolle“ bzw. „Selbstkontrolle“ an. Dabei wird unter Selbstbeherrschung verstanden (hier im Sinne der Selbstkontrolle verwendet), dass die Mitarbeiter ihre Empfindungen und Verhaltensweisen beherrschen und kontrollieren können (vgl. FRÖHLICH 2004, S. 271; FUCHS ET AL. 1988, S. 323).

Eine mögliche Erklärung für das beherrschte Handeln der Mitarbeiter, insbesondere im Umgang mit schimpfenden und beleidigenden Bewohnern, könnte darin bestehen, dass die Mitarbeiter vermutlich Angst vor den Konsequenzen (Beschwerden bei der Leitung oder Abmahnungen) befürchten und sich aus diesem Grund nicht gegen Beschimpfungen und Beleidigungen der Bewohner wehren. Weiterhin wird an den beschriebenen Verhaltensweisen und Situationskontexten erkennbar, dass die (Handlungs-)Fähigkeit zur Selbstbeherrschung täglich und in verschiedenen Situationen von den Mitarbeitern gefordert wird. An diesem Punkt stellt sich dann die Frage, wie kompensieren die Mitarbeiter diese ständigen Beherrschungen? Stumpfen sie ab und schalten sie ab oder distanzieren sie sich vom Bewohner so weit, dass sie ihn nicht mehr als Person wahrnehmen? Möglicherweise bestehen darin Verknüpfungen zur (Handlungs-)Fähigkeit Distanzierungsfähigkeit.

### Der Ausprägungsbereich der Distanzierungsfähigkeit

Die Distanzierungsfähigkeit wird insbesondere im Umgang mit schimpfenden und beleidigenden Bewohnern (vgl. Critical Incident Nr. 26) angewendet. Dabei stützt sich die Begriffsbildung auf die Begriffe „soziale Distanz“ und „Distanz“, die eine Einstellung und Verhaltensweisen bezeichnen, sich von bestimmten Personen abzugrenzen bzw. Abstand zu nehmen, wobei soziale Interaktionen, wie Kommunikation, die Distanz überbrücken aber auch vergrößern können (vgl. FRÖHLICH 2004, S. 130; FUCHS ET AL. 1988, S. 166).

Die in den Interviews ermittelten Verhaltensweisen, sich von Bewohner zu distanzieren bzw. Abstand zu nehmen, werden in die Verhaltenskategorien „resignieren“, „ignorieren“, „zurückziehen“ und „sich wehren“ geordnet und beschreiben ein distanzierendes Handeln. Beispielsweise werden Verhaltensweisen, wie „auf das Schimpfen einstellen“, den Bewohner „schimpfen lassen und nicht darauf eingehen“ sowie Einstellungen der Mitarbeiter, „was du machst, machst du eh falsch“ und „denken, Erklären bringt sowieso nichts“, der Verhaltenskategorie „resignieren“ zugeordnet. Die Verhaltensweisen „weggehen“ und „Abstand nehmen“ kennzeichnen ein Distanzieren in Form eines Rückzugs der Mitarbeiter und werden in die Verhaltenskategorie „zurückziehen“ kategorisiert. Anhand der Verhaltensweisen „nicht mehr reden“, „nicht antworten“ und „nicht hinhören“ wird erkennbar, dass die Mitarbeiter die Bewohner beabsichtigt nicht beachten, folglich „ignorieren“. Aber es wird auch ein „sich wehrendes“ Verhalten erkennbar: Indem die Mitarbeiter den Bewohnern „die Meinung sagen“ und sie „im Gespräch zurechtweisen“, nehmen sie Abstand von den Äußerungen der Bewohner und wehren sich kommunikativ.

Auf die (Handlungs-)Fähigkeit Distanzierungsfähigkeit kann auch im Zusammenhang mit Verhaltensweisen „Pieper ausschalten“ und „Bewohner warten lassen“ im Critical Incident „Bereitschaft des Pflegepersonals (Nr. 11)“ geschlossen werden. Hierbei schildert ein Bewohner, dass die Pflegekräfte auch gelegentlich ihren Pieper nicht einschalten und der Bewohner dann warten muss. Er geht auf den Gang hinaus und ruft nach den Pflegekräften, die sich entschuldigen, dass sie sein Klingeln nicht gehört haben. Den Pflegekräften könnte unterstellt werden, dass sie den Pieper „absichtlich ausschalten“, weil der Bewohner jeden morgen um die gleiche Uhrzeit klingelt und Hilfe beim Anziehen der Strümpfe benötigt. Da zu dieser Zeit aber alle Bewohner aufstehen, gewaschen und angezogen werden möchten, kann angenommen werden, dass sich die Mitarbeiter „zurückziehen“ und das Klingeln nicht hören, weil sie einfach mit anderen Bewohnern beschäftigt sind. Möglicherweise empfinden sie auch das Klingeln des Bewohners als anstrengend, weil dieser ständig um die gleiche Zeit nach ihnen klingelt und sie „distanzieren sich somit beabsichtigt“ von ihm. Somit können im Zusammenhang mit der Distanzierungsfähigkeit auch Verbindungen zur Planungs- und Organisationsfähigkeit oder zur Flexibilität und Anpassungsfähigkeit hergestellt werden.

In den Beobachtungen wird die Distanzierungsfähigkeit nur in Verbindung mit der Verhaltensweise „nicht auf sexuelle Anspielungen des Bewohners eingehen“ abgeleitet. Hier wird ein distanziertes Handeln der Mitarbeiter im Sinne des Ignorierens von sexuellen Anzüglichkeiten der Bewohner ermittelt.

Die (Handlungs-)Fähigkeit Distanzierungsfähigkeit mit ihren genannten Verhaltensweisen kennzeichnet eine mögliche Reaktion der Mitarbeiter auf schwierige und anstrengende



Arbeitstage und Bewohner. Sie müssen sich immerzu beherrschen und sich den Bewohnern gegenüber freundlich verhalten. Dieses angespannte Verhalten kompensieren die Mitarbeiter mit einer Distanzierung vom Bewohner. Diese Verhaltensweisen stellen somit individuelle Handlungen dar, um möglicherweise einem „Burn-out-Syndrom“ oder „überreagieren“ vorzubeugen.

### **Der Ausprägungsbereich der Planungs- und Organisationsfähigkeit**

Der Ausprägungsbereich der Planungs- und Organisationsfähigkeit umfasst eine verfügbare, aber auch eine fehlende Planung und Organisation durch die Mitarbeiter, die aus den Critical Incidents der Interviews und der Beobachtung hergeleitet werden.

Den Ausgangspunkt für die Begriffsbestimmung einer Planungs- und Organisationsfähigkeit bilden die Begriffe „Planung/planen“ und „Organisation/organisieren“. Dabei wird unter „Planen“ verstanden, Ziele und Entscheidungen zu definieren, Mittel zur Verwirklichung zu wählen und die Handlungen und Strategien zu formulieren, die zur Umsetzung der Ziele führen (vgl. FUCHS ET AL. 1988, S. 574). „Organisieren“ bedeutet, zielgerichtete Handlungen einer Gruppe zu planen (vgl. FUCHS ET AL. 1988, S. 548).

Ein planendes und organisierendes Handeln im Sinne einer „vorausschauenden Planung“ wird beispielsweise anhand der Verhaltensweisen „schauen, wer Dienst hat“, „jemanden einteilen, den die Bewohnerin akzeptiert“ (um eine demente Bewohnerin zu duschen) abgeleitet (vgl. Critical Incident Nr. 24). Weiterhin wird in den Beobachtungen erkennbar, dass die Mitarbeiter auch „Tätigkeiten priorisieren“ und „Handlungen parallel durchführen“ sowie vorausschauend planen und Bewohnern z. B. Kleidung anziehen, die verhindert, dass sie sich das Inkontinenzmaterial entfernen können. Folglich kann hier eine Planungs- und Organisationsfähigkeit hergeleitet werden.

In einem Bewohnerinterview berichtet eine Bewohnerin im Critical Incident Nr. 7, dass sie während einer Ausfahrt im Fahrzeug „nicht richtig sitzen“ konnte und „schräg sitzen musste“, da sie neben zwei korpulenten Bewohnern saß. Die Angaben deuten darauf hin, dass die Sitzposition und Sitzanordnung im Fahrzeug von den Mitarbeitern nicht organisiert und geplant wurde. Hier wird ein Handeln abgeleitet, dass durch eine fehlende Planung und Organisation der Sitzanordnung im Fahrzeug gekennzeichnet ist. Davon ausgehend kann geschlussfolgert werden, dass die Mitarbeiter in diesem Situationszusammenhang über eine Planungs- und Organisationsfähigkeit nicht verfügen.

In diesem Ausprägungsbereich wird somit ermittelt, dass eine Fähigkeit zur Planung und Organisation vorhanden ist, wenn die Mitarbeiter ihre Tätigkeiten vorausschauend planen und organisieren oder priorisieren. Eine Fähigkeit zur Planung und Organisation ist nicht vorhanden, wenn die Mitarbeiter z. B. bei Ausfahrten die Sitzordnung im Fahrzeug nicht planen oder neu organisieren, wenn absehbar ist, dass mehrere Bewohner teilnehmen, die etwas korpulenter sind oder sie Pflegehilfsmittel für pflegerische und medizinische Maßnahmen sowie die Kleidung der Bewohner während der Durchführung der Handlungen erst suchen müssen, obwohl sie die Durchführung von Tätigkeiten bereits geplant haben (vgl. Critical Incident Katheterwechsel, Nr. 4B).

### **Der Ausprägungsbereich der Flexibilität und Anpassungsfähigkeit**

Anhand der Verhaltenskategorien „flexibel handeln“ und „sich Zeit nehmen“ kann ein flexibles Handeln in den Interviews und der Beobachtung abgeleitet werden. Diesen Kategorien werden z. B. folgende Verhaltensweisen zugeordnet: „dort hin gehen“, „hin rennen“, „flexibel reagieren“, „einen Punkt erwischen“, die „eingerichtete Dienstzeit sein lassen“ und „zum Bewohner gehen“. Weitere Verhaltensweisen sind z. B. sich „Zeit zu nehmen“ und „zu warten“ bis der Bewohner die Pflegetätigkeit durchgeführt hat sowie Handlungen an andere Mitarbeiter zu übergeben und abzugeben, weil die Mitarbeiter mit Zwischenfällen konfrontiert werden oder dringlichere Aufgaben erledigen müssen (vgl. Critical Incident Nr. 18, 24, 31).

Das flexible Handeln der Mitarbeiter ist durch ein flexibles Anpassen ihrer Tätigkeiten an die Bedürfnisse der Bewohner sowie an die Arbeitsorganisation gekennzeichnet. Dabei wird das flexible Handeln auch im Zusammenhang mit kommunikativen Verhaltensweisen „reden“ oder „erklären“ deutlich. Folglich wird im Zusammenhang mit den Verhaltensweisen und dem abgeleiteten flexiblen Handeln eine Flexibilität und Anpassungsfähigkeit hergeleitet. Dabei stützt sich die Begriffsbildung auf die (sozial)psychologische Bedeutung der Begriffe „Flexibilität“ und „(soziale) Anpassung“. Dabei wird Flexibilität als Anpassungsfähigkeit verstanden und drückt die Bereitschaft von Personen aus, ihr Verhalten zu ändern und an neue Gegebenheiten anzupassen bzw. schnell zu reagieren (vgl. FRÖHLICH 2004, S. 185).

### **Der Ausprägungsbereich der Fähigkeit Vertrauen herzustellen**

Der Ausprägungsbereich der Fähigkeit Vertrauen herzustellen umfasst ein Handeln der Mitarbeiter, Vertrauen zum Bewohner herzustellen, aber auch ein misstrauisches Handeln der Mitarbeiter, das aus den Critical Incidents der Interviews hergeleitet wird.

Die Verhaltensweisen „reden bei Problemen“ bzw. „vertraute Gespräche“ (vgl. Critical Incident Nr. 13) werden als Verhaltensweisen verstanden, um ein Vertrauen zum Bewohner herzustellen. Sie werden in die Verhaltenskategoriegruppe „Vertrauen herstellen“ geordnet, da sie offensichtlich Verhaltensweisen der Mitarbeiter andeuten (z. B. zuhören, sich Zeit nehmen), die kennzeichnen, dass sich die Bewohner bei Problemen an sie wenden können. Anhand der genannten Verhaltensweisen kann somit die Fähigkeit Vertrauen herzustellen abgeleitet werden.

Im Critical Incident Nr. 8 wird eine Verhaltensweise Bewohnern „nicht glauben“ ermittelt, die unter die Verhaltenskategorie „Bewohnern misstrauen“ geordnet wird. Dieses Verhalten verdeutlicht ein misstrauisches Handeln der Mitarbeiterin im Umgang mit den Erzählungen der Bewohnerin. Anhand der Verhaltensweisen „nicht glauben“ und des misstrauischen Handelns wird abgeleitet, dass die Mitarbeiterin über die Fähigkeit Vertrauen herzustellen nicht verfügt.

In diesem Ausprägungsbereich kann somit ermittelt werden, dass eine Fähigkeit Vertrauen herzustellen vorhanden ist, wenn sich die Bewohner mit Problemen an die Mitarbeiter wenden und „vertraute Gespräche führen“ können. Eine Fähigkeit Vertrauen herzustellen ist nicht vorhanden, wenn die Mitarbeiter misstrauisch Handeln, Bewohnern z. B. ihre Erzählungen „nicht glauben“ und ihnen nicht vertrauen.

Vertrauen die Bewohner den Mitarbeitern, können sie die Pflegehandlungen leichter durchführen. Somit kennzeichnet die Fähigkeit Vertrauen herzustellen, dass die Bewohner das Vertrauen annehmen. Dabei stellt diese Fähigkeit auch eine notwendige (Handlungs-)Fähigkeit der Mitarbeiter dar, um mit den Bewohnern eine Beziehung einzugehen und diese zu gestalten.

### **Der Ausprägungsbereich der Fähigkeit mit Kritik umzugehen**

Die Verhaltenskategorien „sich entschuldigen“, „nicht einsehen“, „sich rechtfertigen“ kennzeichnen ein Handeln der Mitarbeiter, mit Kritik umzugehen bzw. das (Nicht-)Annehmen von Kritik, anhand dessen die Fähigkeit mit Kritik umzugehen hergeleitet wird. Der Begriff „Kritik“ stellt die Basis für die Ableitung der Handlung mit Kritik umgehen und der Fähigkeit mit Kritik umzugehen dar und bedeutet eine Prüfung und Bewertung eines Sachverhaltes, um ihn in Frage zu stellen (vgl. FUCHS ET AL. 1988, S. 436).

Beispielsweise werden in den Interviews Verhaltensweisen ermittelt, wie „nicht in Ordnung finden“ und „wissen“, dass der Bewohner sich den Schlauch selbst um sein Bein gewickelt hat sowie „vermuten“, dass der Spätdienst den Fehler verursacht hat, die der Verhaltenskategorie „nicht einsehen“ zugeordnet werden (vgl. Critical Incident Nr. 9). Anhand der Aussage und Verhaltensweise „nicht nachschauen“ (in die Hose des Bewohners), weil die Mitarbeiterin dazu „nicht verpflichtet ist“, kann eine Rechtfertigung bzw. die Verhaltenskategorie „sich rechtfertigen“ abgeleitet werden. Ein Handeln, Kritik anzunehmen kennzeichnet z. B. die Verhaltensweise „sich entschuldigen“. Die Mitarbeiter entschuldigen sich z. B. beim Bewohner dafür, dass sie den Pieper nicht eingeschaltet haben und der Bewohner warten musste (vgl. Critical Incident Nr. 11).

### **Der Ausprägungsbereich der Fähigkeit verantwortlich zu handeln**

Die Fähigkeit verantwortlich zu handeln wird durch die Verhaltenskategorie „nachsehen, kontrollieren“ und die ihr zugeordneten Verhaltensweisen, wie beispielsweise „nachts nachschauen“ und „Kontrollgänge durchführen“, in den Interviews abgeleitet und kennzeichnet ein verantwortliches Handeln der Mitarbeiter.

Der Fähigkeit verantwortlich zu handeln wird der Begriff „Kontrolle“ bzw. „kontrollieren“ zugrunde gelegt. „Kontrolle“ bedeutet im Zusammenhang mit den ermittelten Verhaltensweisen und der (Handlungs-)Fähigkeit, die Bewohner zu „überwachen“ und „nachzusehen“, ob kein Verhalten oder Ereignis zu erwarten ist, das von den Regeln oder Erwartungen der Mitarbeiter abweicht (vgl. auch FRÖHLICH 2004, S. 271).

### **Der Ausprägungsbereich der Fähigkeit (Bewohner-/Verhalten) einzuschätzen**

Die Fähigkeit (Bewohner-/Verhalten) einzuschätzen wird in den Interviews anhand einer Handlung, das Bewohnerverhalten einzuschätzen hergeleitet. Dieses Handeln kennzeichnen die Verhaltensweisen, das Bewohnerverhalten in der Teamsitzung mit den anderen Mitarbeitern „auszuwerten“ und „einzuschätzen“ (vgl. Critical Incident Nr. 12).

Der Begriff Fähigkeit (Bewohner-/Verhalten) einzuschätzen lehnt sich dabei an den Begriff der „Bewertung“ an. Dabei wird unter „Bewertung“ verstanden, Personen oder Ereignisse zu beurteilen und reflexiv einzuschätzen, um mit ihnen angemessen umgehen zu

können (vgl. FRÖHLICH 2004, S. 96). Dabei wird jedoch bewusst der Begriff einer Fähigkeit (Bewohner-/Verhalten) einzuschätzen definiert, da es sich in den Interviewaussagen um eine Einschätzung bzw. Auswertung des Bewohnerverhaltens bzw. der Bewohner handelt.

### **Der Ausprägungsbereich der Fähigkeit zu integrieren**

Der Ausprägungsbereich der Fähigkeit zu integrieren umfasst ein Handeln der Mitarbeiter, Bewohner in die Gemeinschaft zu integrieren, das in den Interviews und Beobachtungen abgeleitet wird. Aber dieser Ausprägungsbereich enthält auch ein ausgrenzendes Handeln der Mitarbeiter. Es führt dazu, dass Bewohner nicht integriert werden und wird insbesondere in den Beobachtungen hergeleitet.

Die verfügbare Fähigkeit der Mitarbeiter Bewohner zu integrieren wird in den Interviews z. B. im Critical Incident Nr. 12 ermittelt. Dabei beschreibt ein Mitarbeiter die Verhaltensweisen „ins Gespräch kommen“, „erzählen“ und „fragen“. Er weist die Bewohnerin in Gesprächen auf Beschäftigungsangebote hin, erzählt ihr, welche Beschäftigung durchgeführt wird und fragt sie, ob sie teilnehmen möchte. Anhand der genannten Verhaltensweisen kann geschlussfolgert werden, dass der Mitarbeiter kommunikativ handelt und die Bewohnerin durch Gespräche in den Alltag integriert, indem er sie dazu bewegt, an den Beschäftigungen teilzunehmen. Somit wird hier eine Fähigkeit zu integrieren abgeleitet.

Für die Begriffsbestimmung wird der Begriff „Integration“ zugrunde gelegt, der im Zusammenhang mit dem Verhalten der Mitarbeiter als eine Eingliederung der Bewohner in die Gesellschaft Altenpflegeheim verstanden wird. (vgl. auch FUCHS ET AL. 1988, S. 347). Dabei wird jedoch davon ausgegangen, dass der Bewohner durch den Mitarbeiter integriert wird, damit ist nicht die Integration des Mitarbeiters benannt.

Diese Fähigkeit ist eine notwendige (Handlungs-)Fähigkeit für eine Beziehungsgestaltung zum Bewohner. Die Mitarbeiter versuchen den Bewohnern einen abwechslungsreichen Alltag zu gestalten und sie aus ihren Einzelzimmern „herausholen“. Auch wenn die Einzelzimmer hinsichtlich der Sicherstellung von Individualität und Intimsphäre heute Standard im Pflegeheim sind, so isolieren sie die Bewohner, die sich noch mehr in ihre Einsamkeit zurückziehen.

In den Beobachtungen wird jedoch anhand der Verhaltensweisen „Bewohner ausgrenzen“, „Bewohner werden allein sitzen gelassen“, „Mitarbeiter sprechen nicht den Bewohnern“ ein ausgrenzendes Handeln bzw. nicht integrierendes Handeln der Mitarbeiter abgeleitet. Anhand dieser Verhaltensweisen wird somit eine Fähigkeit Bewohner zu integrieren hergeleitet, über die die Mitarbeiter nicht verfügen.

Insofern kann in diesem Ausprägungsbereich ermittelt werden, dass eine Fähigkeit Bewohner zu integrieren vorhanden ist, wenn die Mitarbeiter die Bewohner durch Beschäftigung und Gespräche in die Gemeinschaft integrieren. Eine Fähigkeit Bewohner zu integrieren ist nicht vorhanden, wenn die Mitarbeiter die Bewohner allein sitzen lassen, sich nicht mit ihnen unterhalten und sich nicht mit ihnen beschäftigen und spielen, obwohl der zeitliche Rahmen dafür gegeben ist.

**Der Ausprägungsbereich der Fähigkeit Bewohner nicht zu bevorzugen**

Der Ausprägungsbereich der Fähigkeit Bewohner nicht zu bevorzugen umfasst ein Handeln der Mitarbeiter, Bewohner nicht zu bevorzugen, aber auch ein bevorzugtes (Be-) Handeln von Bewohnern, das aus den Critical Incidents der Interviews hergeleitet wird.

Beispielsweise wird ausgehend von der Verhaltensweise Bewohner „gleich behandeln“, die sich auf das Entgegenbringen von Zuwendung im Sinne von Wärme bezieht, angenommen, dass der Mitarbeiter einzelne Bewohner nicht bevorzugt behandelt (vgl. Critical Incident Nr. 13). Somit kann hier die Fähigkeit Bewohner nicht zu bevorzugen abgeleitet werden. Diese Fähigkeit kennzeichnet in im Zusammenhang mit diesem Critical Incident, allen Bewohnern auf die gleiche Art Zuwendung entgegenzubringen und z. B. einen bettlägerigen Bewohner nicht zu bevorzugen.

Ein bevorzugtes (Be-)Handeln wird durch die Verhaltensweisen „zuerst dran kommen“ und „hilfsbedürftige Bewohner zuletzt versorgen“ im Critical Incident Nr. 14 deutlich, wobei der Mitarbeiter die „am lautesten schreienden Bewohner“ bevorzugt behandelt und hilfsbedürftige Bewohner erst danach versorgt. An diesen Verhaltensweisen wird erkennbar, dass dem Mitarbeiter die Fähigkeit fehlt, Bewohner nicht zu bevorzugen.

Zusammengefasst kann in diesem Ausprägungsbereich ermittelt werden, dass eine Fähigkeit, Bewohner nicht zu bevorzugen vorhanden ist, wenn die Mitarbeiter alle Bewohner gleich behandeln, ihnen auf die gleiche Art Zuwendung entgegenbringen. Eine Fähigkeit Bewohner nicht zu bevorzugen ist nicht vorhanden, wenn die Mitarbeiter die „am lautesten schreienden Bewohner“ bevorzugen und die „hilfsbedürftigen Bewohner erst zuletzt versorgen“.

Allerdings kann festgestellt werden, dass ein ungerechtes und bevorzugtes Behandeln der Bewohner teilweise von den Bewohnern forciert wird, indem sie z. B. alle von einem sehr beliebten Pfleger betreut und gepflegt werden wollen (vgl. Critical Incident Nr. 14). Möglicherweise liegt die Ursache des bevorzugenden Handelns von Bewohnern auch darin, dass der Pfleger noch nicht sehr lange im Wohnbereich arbeitet und sich erst an die Situation bzw. an den Umgang mit den Bewohnern gewöhnen und diesen erlernen muss. Das bedeutet, er muss sich (Handlungs-)Fähigkeiten aneignen, um den Bewohnern mitzuteilen, dass sie warten müssen. Möglicherweise bestehen diese Handlungen auch darin, die Bewohner, die am „lautesten rufen“, erst einmal „zu überhören“.

**Der Ausprägungsbereich der Fähigkeit zur Hilfeleistung**

Die Fähigkeit zur Hilfeleistung wird in den Interviews und den Beobachtungen ermittelt, in den Interviews beispielsweise im Critical Incident Nr. 17 im Umgang mit den Bewohnern. Nach einem Sturz einer Bewohnerin kümmern sich die Mitarbeiter sofort um die Bewohnerin und sind ihr beim Aufstehen behilflich, legen sie ins Bett und schauen immer wieder nach ihr. An den Verhaltensweisen „hochheben“ und „aufheben“ und „ins Bett legen“ wird deutlich, dass die Mitarbeiter der Bewohnerin helfen und sie unterstützen. Diese Verhaltensweisen werden demnach in die Verhaltenskategoriegruppe „helfen, unterstützen“ geordnet, da sie ein Hilfe-Leistendes Handeln beschreiben.

Die Ableitung des helfenden und unterstützenden Handelns und der Fähigkeit zur Hilfeleistung geschieht dabei vor dem Hintergrund des Verständnisses eines „Hilfeleistungsverhaltens“ bzw. „Hilfeleistungs-Motivs“. Diese Begriffe bezeichnen ein Verhalten, das aus den Gründen bzw. Motiven erfolgt, das Wohlbefinden anderer Menschen zu beachten und zu fördern (vgl. FRÖHLICH 2004, S. 223 und 56).

### **Der Ausprägungsbereich der Reflexionsfähigkeit**

Der Ausprägungsbereich der Reflexionsfähigkeit umfasst ein reflektierendes Handeln, aber auch eine fehlende Reflexion der Mitarbeiter, die aus den Critical Incidents der Interviews und Beobachtung hergeleitet werden.

Eine Reflexion bzw. ein reflektierendes Handeln wird z. B. an den Verhaltensweisen „da muss man mehr gehen“ und den Aussagen „mehr Arbeitsaufwand“ und „steht man unter Druck“ sowie „das verursacht Stress“ deutlich (vgl. Critical Incident Nr. 18). Hier kann ein „Überdenken“ der Arbeitssituation“ abgeleitet werden. Weiterhin wird an den Verhaltensweisen „überlegen“ und eine „Erklärung finden“, warum sich der Bewohner so verhält, erkennbar, dass die Mitarbeiter nachdenken und das Verhalten der Bewohner hinterfragen (vgl. Critical Incident Nr. 23, 24). Diese Verhaltensweisen kennzeichnen ein Reflektieren, das – vor dem Hintergrund des Verständnisses von „Reflexion“ – als ein Zurückwenden der Aufmerksamkeit nach Innen und als ein Überlegen und Überdenken der Handlungen im Hinblick auf zukünftig zu planende Handlungen verstanden wird (vgl. FRÖHLICH 2004, S. 373).

Im Critical Incident Nr. 17 wird jedoch auch eine fehlende Reflexion der Mitarbeiter ermittelt. Diese besteht darin, dass die Mitarbeiter die Sturzsituation der Bewohnerin „nicht hinterfragen“, d. h. warum die Bewohnerin gestürzt ist, warum die Stürze so häufig und unter welchen Umständen passieren. Die fehlende Reflexion wird von der Verhaltensweise „nicht hinterfragen“ abgeleitet, da die Bewohnerin angibt, bereits häufiger gestürzt zu sein und offensichtlich Schwierigkeiten im Umgang mit dem Rollator hat. Die Verhaltensweise „nicht hinterfragen“ bezieht sich auf ein reflektierendes Handeln, das in diesem Fall nicht erfolgt. Insofern kann hergeleitet werden, dass die Mitarbeiter in diesem Situationsbezug über eine Reflexionsfähigkeit nicht verfügen.

Schlussfolgernd kann in diesem Ausprägungsbereich ermittelt werden, dass eine Reflexionsfähigkeit vorhanden ist, wenn die Mitarbeiter ihre Arbeitsorganisation und das Verhalten der Bewohner überdenken und hinterfragen, und eine Reflexionsfähigkeit nicht vorhanden ist, wenn die Mitarbeiter das Verhalten der Bewohner und Situationen nicht überdenken und nicht hinterfragen.

### **Der Ausprägungsbereich der Fähigkeit zur kreativen Gestaltung**

Der Fähigkeit zur kreativen Gestaltung aus den Interviews wird der Begriff „Kreativität“ zugrunde gelegt. „Kreativität“ stellt eine Fähigkeit dar, neue und originelle Handlungsmöglichkeiten und Strategien zu entwickeln, Probleme und Aufgaben zu lösen (vgl. FUCHS ET AL. 1988, S. 431).

Im Critical Incident Nr. 18 wird anhand der Verhaltensweisen, den Wohnbereich „mit Bildern hübsch gemacht“, „Wohnbereich neu gestalten“, „Schreibtisch in den Wohnbereich stellen“ und „zurecht machen“ ein kreatives Handeln abgeleitet. Von den Verhaltensweisen und dem kreativen Handeln kann in dieser Situation die Fähigkeit der Mitarbeiter zur kreativen Gestaltung abgeleitet werden.

Die Fähigkeit zur kreativen Gestaltung ist eine (Handlungs-)Fähigkeit der Mitarbeiter, die es ermöglicht den Alltag der Bewohner abwechslungsreich und phantasievoll zu gestalten. An diesen Beschreibungen wird auch erkennbar, dass sich die Mitarbeiter in ihrer Arbeit auch persönlich und originell entfalten können. Dies stellt im Beruf des Altenpflegers eine wichtige ausgleichende Komponente neben der schweren körperlichen und psychischen Arbeit dar.

### **Der Ausprägungsbereich der Fähigkeit in Interaktion zu treten**

Von der Verhaltenskategorie „Kontakt herstellen“, die in den Interviews ermittelt wird und der beispielsweise die Verhaltensweisen „hingehen“, „Bewohner nicht stehen lassen“ und „mit Bewohnern sprechen“ zugeordnet werden (vgl. Critical Incident Nr. 18), wird ein Handeln der Mitarbeiter abgeleitet, das darin besteht mit den Bewohnern in Interaktion zu treten. Dieses Handeln, das durch Kommunikation aber auch durch die oben genannten Verhaltensweisen im Sinne von „auf den Menschen zuzugehen“ gekennzeichnet ist, bildet den Ausgangspunkt die Fähigkeit, in Interaktion zu treten herzuleiten.

Dabei stützt sich die Begriffsbildung auf den Begriff „soziale Interaktion“. Dieser wird im Zusammenhang mit der hergeleiteten Fähigkeit in Interaktion zu treten so verstanden, dass die Mitarbeiter in einen wechselseitigen Kontakt mit den Bewohnern treten, der durch Kommunikation vermittelt wird und zu einer gegenseitigen Beeinflussung der Einstellungen, Erwartungen und Handlungen der Personen führt (vgl. auch FUCHS ET AL. 1988, S. 352).

In den Beschreibungen wird ersichtlich, dass die Fähigkeit in Interaktion zu treten immer im Zusammenhang mit der Kommunikationsfähigkeit angewendet wird. Dabei kommunizieren die Mitarbeiter verbal, um mit Menschen ins Gespräch zu kommen oder nonverbal, um durch Körperkontakte, wie Streicheln und Drücken, den Kontakt zum Bewohner herzustellen.

### **Der Ausprägungsbereich der Vermittlungsfähigkeit**

Die Vermittlungsfähigkeit wird z. B. im Critical Incident Nr. 18 anhand eines vermittelnden Handelns der Mitarbeiter hergeleitet, das darin besteht, zwischen sich streitenden und neidischen Bewohnern zu vermitteln und einen Streit aufzuklären. Die Mitarbeiter sprechen mit den Bewohnern und wenden die Verhaltensweisen „erklären“, „immer wieder in Ruhe erklären“ an. Auch in den Beobachtungen wird eine Vermittlungsfähigkeit von einem „schlichtenden Verhalten“ im Zusammenhang mit der Kommunikation abgeleitet.

Für das vermittelnde Handeln wird der Begriff der „Vermittlung“ zugrunde gelegt, der hier im Sinne von „Mediation“ verwendet wird. „Vermitteln“ bezeichnet eine Art der Konfliktlösung, die bei den Interessen der Betroffenen ansetzt und durch Kommunikation erfolgt. Dabei übernimmt die Pflegekraft die Rolle des Mediators, d. h. eine Vermittlungs-

position (vgl. FUCHS ET AL. 1988, S. 649, 404). Die Vermittlungsfähigkeit wird in diesen Situationszusammenhängen immer im vermittelnden Gespräch, also im Kontext der Kommunikationsfähigkeit erfasst. Dies führt zur Annahme, dass diese (Handlungs-)Fähigkeiten in Verbindung zu betrachten sind.

### **Der Ausprägungsbereich der Team- und Kooperationsfähigkeit**

Eine Team- und Kooperationsfähigkeit wird in den Interviews anhand der Verhaltensweisen „neuen Kollegen mitnehmen“, „neuen Kollegen einweisen“ (vgl. Critical Incident Nr. 19) oder „mit Angehörigen sprechen“ oder „Ärzte ansprechen“ ermittelt, um z. B. im Critical Incident Nr. 10 zu klären, warum die Bewohnerin die „Diebstahl-Phobie“ hat oder um z. B. im Critical Incident Nr. 21 nachzufragen, ob eine Entscheidung gefällt wird, die Ernährung des Bewohner einzustellen. Die Verhaltensweisen kennzeichnen ein „Zusammenarbeiten“ der Mitarbeiter untereinander sowie eine Kooperation mit anderen Personen (Ärzte und Angehörige), was auch in der Beobachtung festgestellt wird.

Zur Begriffserläuterung des Zusammenarbeitens der Mitarbeiter und der Herleitung der Team- und Kooperationsfähigkeit wird der Begriff „Kooperation“ zugrunde gelegt, da „Kooperation“ eine Zusammenarbeit mehrerer Personen zur Lösung eines Problems oder einer Aufgabe bezeichnet (vgl. FUCHS ET AL. 1988, S. 427).

### **Der Ausprägungsbereich der Fähigkeit zu akzeptieren**

Der Verhaltenskategorie „akzeptieren“ werden die Verhaltensweisen Bewohner „fragen“, ihn „nicht nötigen“ und „nicht zwingen“ zu baden sowie ihm „mitzuteilen“, dass er nicht baden muss, zugeordnet (vgl. Critical Incident Nr. 24). Hier wird erkennbar, dass die Mitarbeiter Entscheidungen der Bewohner akzeptieren. Anhand des Handelns, das Bewohnerverhalten zu akzeptieren, wird in den Interviews die Fähigkeit zu akzeptieren festgestellt. Ausgehend von der Begriffsbestimmung und den Verhaltensweisen kann abgeleitet werden, dass die Mitarbeiter über einen „Wertmaßstab“ verfügen, das Verhalten des Bewohners als akzeptierend zu bewerten (vgl. FRÖHLICH 2004, S. 92, S. 141).

Anhand der geschilderten Verhaltensweisen „nicht zwingen“, nicht nötigen“ kann auch ein Handeln abgeleitet werden, die Individualität der Bewohner zu beachten. Das wird z. B. auch in der Verhaltensweise Bewohner „nicht zum Baden zwingen“ beobachtet. Folglich wird hier auch eine Verbindung zur verfügbaren Fähigkeit, die Individualität von Bewohnern zu beachten erkennbar.

### **Der Ausprägungsbereich der Durchsetzungsfähigkeit**

Eine Durchsetzungsfähigkeit wird in den Interviews beispielsweise im Critical Incident Nr. 24 ermittelt. Die Mitarbeiter beschreiben häufig Situationen, in denen sie Bewohner waschen und baden, die sich ungern waschen und pflegen lassen bzw. die Pflege ablehnen. Dabei werden die Verhaltensweisen „sich durchsetzen, die Bewohnerin zu duschen“ oder „Körperpflege durchsetzen“ geschildert, die darauf schließen lassen, dass die Mitarbeiter es schaffen ablehnende Bewohner doch zu baden oder zu duschen. Dabei wird ein Handeln „sich durchzusetzen“ abgeleitet, das Verhaltensweisen kennzeichnet, die geplanten Tätigkeiten der Mitarbeiter durchzusetzen bzw. durchzuführen. Somit wird hier die Durchsetzungsfähigkeit der Mitarbeiter hergeleitet.



Als Orientierung für die Begriffsbildung der Durchsetzungsfähigkeit dient der Begriff „Macht“. Danach ergreifen die Mitarbeiter ihre Chancen und setzen den eigenen Willen gegen den Widerstand der Bewohner durch (vgl. FUCHS ET AL. 1988, S. 439f.). Die Mitarbeiter erreichen das Durchführen der Körperpflege bei dementen oder ablehnenden Bewohnern durch einführendes Handeln aber auch durch flexibles Handeln. Folglich ist die (Handlungs-)Fähigkeit Durchsetzungsfähigkeit in diesen Situationszusammenhängen nicht mit Zwang oder Druck gleichzusetzen, sondern eher mit einem erfolgreichen einführenden und flexiblen Handeln.

### **Der Ausprägungsbereich der Fähigkeit Probleme gemeinsam zu lösen**

Die Fähigkeit Probleme gemeinsam zu lösen wird in den Interviews anhand eines gemeinsamen Problemlösungshandelns der Mitarbeiter hergeleitet. Dieses wird durch die Verhaltensweisen „unterhalten in der Teamsitzung“, „besprechen der Probleme in der Teamsitzung“ (vgl. Critical Incident 24) ermittelt und kennzeichnet, dass die Mitarbeiter fähig sind, Probleme gemeinsam zu lösen. Im Zusammenhang mit dem Critical Incident bezieht sich die Fähigkeit Probleme gemeinsam zu lösen und das „Problemlösungsverhalten“ auf die Verhaltensweisen „unterhalten in der Teamsitzung“, „besprechen der Probleme in der Teamsitzung“, die auch kommunikative Verhaltensweisen darstellen.

Als begriffliche Grundlage werden die Begriffe „Problemlösen“ bzw. „Problemlösungsverhalten“ verwendet, die Denkprozesse in Gruppen und Verhaltensweisen der Personen bezeichnen, um einen Weg zu finden, Aufgaben oder Probleme zu lösen (vgl. FUCHS ET AL. 1988, S. 592).

### **Der Ausprägungsbereich der Fähigkeit nachsichtig zu handeln**

Die Verhaltenskategorie „Bewohnern verzeihen“, der Verhaltensweisen wie z. B. Beschimpfungen einer dementen Bewohnerin „nicht nachtragen“ und „Beschimpfungen vergessen“ (vgl. Critical Incident Nr. 26) zugeordnet werden, kennzeichnet ein nachsichtiges Handeln der Mitarbeiter im Umgang mit dementen und schimpfenden bzw. beleidigenden Bewohnern. Dieses Verhalten wird in den Interviews ermittelt. Vor diesem Hintergrund kann hier eine Fähigkeit nachsichtig zu handeln hergeleitet werden.

Da die Mitarbeiter oftmals mit den Krankheitsbildern Demenz und Alzheimer der Bewohner konfrontiert werden, stellt das nachsichtige Handeln eine notwendige (Handlungs-)Fähigkeit dar, in Situationen, in denen die Bewohner ihre Äußerungen und Mitteilungen nicht mehr kontrollieren können, die Äußerungen der Bewohner nicht wertend zu behandeln.

### **Der Ausprägungsbereich der Fähigkeit zum Perspektivwechsel**

Eine Fähigkeit zum Perspektivwechsel wird z. B. im Critical Incident Nr. 27 durch die Verhaltensweisen einer Mitarbeiterin, eine schreiende Bewohnerin „zu beruhigen“, festgestellt. Dabei gelingt es der Mitarbeiterin nicht, die Bewohnerin mit Worten zu beruhigen, sie holt eine andere Pflegekraft hinzu und alarmiert später den Rettungsdienst. Die Mitarbeiterin „erkennt“, dass sie ihr „Verhalten ändern muss“, wobei die Verhaltensweisen „Pflegekraft holen“ und „Rettungsdienst anrufen“ das Handeln beschreiben, Perspektiven zu wechseln. Schlussfolgernd kann ausgehend von den einzelnen Verhaltensweisen (Verhaltenskategorie „erkennen und Verhalten ändern“) sowie dem davon abgelei-

teten Handeln, Perspektiven zu wechseln, die Fähigkeit zum Perspektivwechsel hergeleitet werden.

Den Begriffsbildungen des Handelns, Perspektiven zu wechseln und der abgeleiteten Fähigkeit zum Perspektivwechsel liegen dabei die Begriffe „Erkennen“ sowie „Perspektive“ zugrunde (vgl. auch FUCHS ET AL. 1988, S. 392; FRÖHLICH 2004, S. 332). Die Fähigkeit zum Perspektivwechsel bedeutet, dass die Mitarbeiterin erkennt (wahrnimmt), dass sie die Bewohnerin durch Worte nicht beruhigen kann und daraufhin die Perspektiven wechselt (ihr Verhalten ändert); sie zieht zunächst einen weiteren Pfleger hinzu und alarmiert dann den Rettungsdienst.

### **Der Ausprägungsbereich der Assoziationsfähigkeit**

Auf Grundlage der Verhaltensweisen Bewohner mit Kindern „zu vergleichen“ und die Pflegetätigkeit mit der Arbeit im Kindergarten „zu vergleichen“, die in den Interviews im Critical Incident Nr. 28 ermittelt werden und in die Verhaltenskategorie „Verknüpfungen herstellen“ kategorisiert werden, wird erkennbar, dass die Mitarbeiter über eine Assoziationsfähigkeit verfügen.

Als Grundlage für die Begriffsbildung dient der Begriff „Assoziation“ (vgl. auch FUCHS ET AL. 1988, S. 68), der im Zusammenhang mit dem Critical Incident darauf bezogen wird, dass die Mitarbeiterin die Pflegetätigkeit mit der Arbeit im Kindergarten und das Verhalten der Bewohner mit dem von Kindern verknüpft. In diesem Kontext wird zwar eine Assoziationsfähigkeit ermittelt, aber die Aussagen der Mitarbeiterin deuten eher auf ein Unverständnis, auf einen fehlenden Respekt und eine fehlende Wertschätzung der Bewohnerin hin, die hier mit Kindern verglichen wird.

### **Der Ausprägungsbereich der Beziehungsfähigkeit**

Der Ausprägungsbereich der Beziehungsfähigkeit umfasst die Betreuung, den Aufbau und die Gestaltung von Beziehungen der Mitarbeiter mit den Bewohnern, aber auch eine fehlende Beschäftigung mit den Bewohnern und somit eine fehlende Beziehungsgestaltung, die im Zusammenhang mit der Beobachtung hergeleitet werden.

Eine Beziehungsfähigkeit stützt sich dabei auf das Verständnis von „Beziehung“ als *„Vorgänge (Erwartungen, Wahrnehmungen, Kommunikationen, soziales Handeln) zwischen zwei oder mehreren Individuen“*, die von längerem Bestand sind und eine Generalisierung erwarteter Verhaltensweisen zulassen (FUCHS ET AL. 1988, S. 112). Sie kennzeichnet die Arbeit mit dem Bewohner, die Übernahme und Durchführung von Betreuungsaufgaben und insbesondere eine Kommunikation.

Der Aufbau und das Gestalten der Beziehungen stellen dabei Handlungen der Alltagsgestaltung dar, die z. B. die „Organisation des Dienstes nach der Bezugspflege“ und durch die Betreuung „gleicher Bewohner“ charakterisiert ist. Folglich wird eine verfügbare Beziehungsfähigkeit der Mitarbeiter hergeleitet. Eine Beziehungsfähigkeit ist nicht vorhanden, wenn die Mitarbeiter „die Betreuung auf Pflegetätigkeiten reduzieren“, „Bewohner allein spielen lassen“ und „freie Zeitkapazitäten nicht für Bewohner nutzen“. An diesen Verhaltensweisen wird erkennbar, dass sich die Mitarbeiter nicht mit den Bewohnern beschäftigen und somit auch die Beziehung zu den Bewohnern nicht gestalten.

Eine Ursache für eine Beziehungsfähigkeit, die nicht vorhanden ist, stellt möglicherweise das eigene Berufsverständnis der Pflegekräfte dar, die die Betreuung der Bewohner nicht als ihre Aufgabe betrachten. Aus den Interviews kann ermittelt werden, dass dafür eine Ergotherapeutin zuständig ist, die die Bewohner am Vor- und Nachmittag beschäftigt. Demnach sehen die Mitarbeiter das Mitspielen und sich Beschäftigen mit den Bewohnern nicht als ihre Arbeitsaufgabe an (auch wenn es zeitliche Kapazitäten zulassen) und lassen die Bewohner allein im Aufenthaltsraum sitzen und warten.

## 8.6 Ergebnisse der Erhebungshase T<sub>1</sub>

Im folgenden Kapitel 8.6.1 werden die ermittelten (Handlungs-)Fähigkeiten den Kompetenzen bzw. Kompetenzbereichen zugeordnet und als Komponenten der Kompetenzen systematisiert. In Kapitel 8.6.2 werden die aus dem Datenmaterial der Interviews und der teilnehmenden Beobachtung entwickelten Kategorien ausgewertet, die die Strukturen und Organisation des Altenpflegeheims erläutern und Bilder der Einrichtung repräsentieren

### 8.6.1 Von (Handlungs-)Fähigkeiten zu Kompetenzen der Mitarbeiter zu Beginn der Qualitätsentwicklung

Den Ausgangspunkt für die folgende Systematisierung der (Handlungs-)Fähigkeiten zu den Kompetenzen bilden die bereits angesprochenen Ausprägungsbereiche der (Handlungs-)Fähigkeiten (vgl. 8.5.3). Da sich in der Ermittlung und vorangegangenen Diskussion der (Handlungs-)Fähigkeiten auch Fähigkeiten feststellen ließen, über die die Mitarbeiter nicht verfügen, soll nachfolgend eine Charakteristik der Kompetenzen und Kompetenzbereiche festgelegt werden, die die Kompetenzen ebenfalls im Sinne eines Ausprägungsbereichs verstehen. Das bedeutet, der Ausprägungsbereich einer Kompetenz kann zwei Ausprägungen der (Handlungs-)Fähigkeiten aufweisen. Diesen Ausprägungsbereich der Kompetenzen kennzeichnen Fähigkeiten, über die die Mitarbeiter verfügen bzw. die vorhanden sind und Fähigkeiten, die bei den Mitarbeitern nicht vorhanden sind bzw. die ihnen fehlen. Welche Ausprägung einer (Handlungs-)Fähigkeit bei einer Kompetenz festgestellt wird, ist von der individuellen Person sowie deren Fähigkeit, in einer Situation zu handeln abhängig. Da bei Einschätzungen von Kompetenzen immer eine Situationsspezifität im Vordergrund steht, kann nicht generell behauptet werden die Pflegekräfte besitzen z. B. personale Kompetenz. Die personale Kompetenz wird stattdessen in den Ausprägungen verfügbarer Fähigkeiten sichtbar oder den Personen fehlen Fähigkeiten, die – wenn sie vorhanden wären – eine personale Kompetenz ausmachen.

Zur Beantwortung der Untersuchungsfrage „Über welche Kompetenzen verfügen die Mitarbeiter zu Beginn der Einführung eines Qualitätsmanagements?“ können im Ergebnis der Analyse von Interviews und Beobachtung der ersten Erhebungsphase T<sub>1</sub> nachfolgende Kompetenzen und (Handlungs-)Fähigkeiten der Mitarbeiter im Pflegebereich zu Beginn Qualitätsentwicklung ermittelt werden. Die Zusammenfassung erläutert die (Handlungs-)Fähigkeiten und Kompetenzen der Mitarbeiter, die die Anforderungen und die Bewältigung ihrer täglichen Arbeit im untersuchten Altenpflegeheim kennzeichnen.

Die Begründung für die Systematik der Fähigkeiten in die Kompetenzbereiche der Handlungskompetenz nach ERPENBECK/ROSENSTIEL (2003, S. XVI) wird in den nachstehenden Ausführungen im Zusammenhang mit den in Kapitel 5.4 erläuterten geforderten Kompetenzen von Mitarbeitern in der Qualitätsentwicklung von Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen aufgezeigt.<sup>81</sup> Aufgrund der bereits festgestellten Verbindungen und Verknüpfungen verschiedener (Handlungs-)Fähigkeiten untereinander erweist es sich als zweckmäßig, die Kompetenzen nicht in einzelne Bereiche zu gliedern, sondern in die Kompetenzbereiche der Handlungskompetenz; die personale Kompetenz, die fachlich-methodische Kompetenz und die sozial-kommunikative Kompetenz. Dies soll zudem die Abgrenzbarkeit der einzelnen (Handlungs-)Fähigkeiten erleichtern.

Neben den Kompetenzen der Handlungskompetenz nach ERPENBECK/ROSENSTIEL (2003, S. XVI) wird eine weitere neue Kompetenz entwickelt, die Beziehungskompetenz (vgl. 8.6.1.3). Die Beziehungskompetenz soll die Beziehungsfähigkeit und die Beziehungsgestaltung zwischen Mitarbeitern und Bewohnern sowie den Mitarbeitern untereinander verdeutlichen und hervorheben. Dabei wird die in den Beobachtungen ermittelte Beziehungsfähigkeit dieser Kompetenz zugeteilt. Die Beziehungskompetenz stellt demnach eine Kompetenz dar, die Pflegekräfte unter anderem dazu befähigt, eine Beziehung zum Bewohner einzugehen, aufzubauen und diese auszugestalten. Dabei wird diese Kompetenz zum Teil durch das Pflegekonzept der Bezugspflege beeinflusst. Der Beziehungskompetenz werden (Handlungs-)Fähigkeiten zugeordnet, die die Interaktion, Kommunikation und Beziehungsgestaltung zwischen Mitarbeitern und Bewohnern verdeutlichen.

#### **8.6.1.1 Die Personale Kompetenz und ihre (Handlungs-)Fähigkeiten**

Die Zuordnung der Fähigkeiten in den Kompetenzbereich der personalen Kompetenz stützt sich auf die Ausführungen von GREIF/KURTZ, die diesem Komplex Fähigkeiten zuschreiben, die mit dem Selbst der Person verknüpft sind. Dieser Bereich umfasst demnach Fähigkeiten der Selbstkritik und Selbstmotivation, der Selbstbeobachtung und Reflexion sowie den Aspekt Selbstbewusstsein und Freundlichkeit (vgl. ebd. 1996, S. 145).

Die Autoren ordnen der personalen Kompetenz auch Fähigkeiten wie Eigeninitiative, Sensibilität und soziales Verständnis zu, die im Kontext der vorliegenden Arbeit als Fähigkeit sich zu engagieren, Fähigkeit nachsichtig zu handeln und Fähigkeit zu akzeptieren ermittelt werden und Komponenten der Beziehungskompetenz bilden. Dies wird damit begründet, dass die genannten (Handlungs-)Fähigkeiten im Kontext situativer Handlungen der Pflegekräfte mit Bewohnern angewendet werden und wichtige Komponenten der Beziehungskompetenz in der täglichen Arbeit und in einer Pflegekraft-Bewohner-Beziehung erkennen lassen.

Weiterhin wird von den Autoren auch die Flexibilität als Fähigkeit der personalen Kompetenz erwähnt. Da diese Fähigkeit als (Handlungs-)Fähigkeit Flexibilität und Anpassungsfähigkeit in Situationen der flexiblen Arbeitsorganisation und Änderung von

---

<sup>81</sup> Dabei wurden jedoch keine (Handlungs-)Fähigkeiten ermittelt, die den Bereichen Selbstorganisations- und Selbstlernkompetenz zuordenbar wären.

geplanten Abläufen ermittelt wird, die auch organisatorische Fähigkeiten erfordern, erfolgt eine Zuordnung zum Kompetenzbereich fachlich-methodische Kompetenz.

Der personalen Kompetenz werden somit die folgenden hergeleiteten (Handlungs-)Fähigkeiten der Mitarbeiter zugeordnet.

Der Ausprägungsbereich Personale Kompetenz	Fähigkeit zur Selbstbeherrschung Distanzierungsfähigkeit Durchsetzungsfähigkeit Fähigkeit zur kreativen Gestaltung Fähigkeit (Bewohner-/Verhalten) einzuschätzen Reflexionsfähigkeit Fähigkeit zum Perspektivwechsel Assoziationsfähigkeit
---	---

Tabelle 8-14: Ergebnis T<sub>1</sub> Kompetenzbereich personale Kompetenz

Die Fähigkeit zur Selbstbeherrschung umfasst ein beherrschtes Handeln der Mitarbeiter im Umgang mit dementen Bewohnern, aber auch schimpfenden und beleidigenden Bewohnern. Das beherrschte Handeln wird in die Verhaltenskategorien „erdulden“, „nicht schimpfen“, „nicht widersprechen“, „ruhig verhalten“ und „sich beherrschen“ gruppiert.

Die Distanzierungsfähigkeit wird insbesondere im Umgang mit schimpfenden und beleidigenden Bewohnern ermittelt und kennzeichnet eine Fähigkeit der Mitarbeiter, sich von bestimmten Personen abzugrenzen bzw. Abstand zu nehmen. Die Distanzierungsfähigkeit wird anhand eines distanzierenden Handelns deutlich, das die Verhaltenskategorien „resignieren“, „ignorieren“, „zurückziehen“ und „sich wehren“ beschreiben. Die Distanzierungsfähigkeit mit ihren genannten Aspekten stellt eine mögliche Kompensation der Mitarbeiter dar, die sie vor einem „Burn-out-Syndrom“ oder „Überreagieren“ schützt. Dabei ist als nicht unbedenklich einzuschätzen, dass die Mitarbeiter möglicherweise abstumpfen und abschalten, den Bewohner nicht mehr als individuelle Person wahrnehmen und ernst nehmen und sich so vom Bewohner distanzieren. Sie steht auch in Verbindung mit der (Handlungs-)Fähigkeit Selbstbeherrschung.

Die Durchsetzungsfähigkeit kennzeichnet ein Handeln, sich durchzusetzen und die geplanten Tätigkeiten der Mitarbeiter durchzuführen. Die Mitarbeiter nutzen ihre Fähigkeiten, sich in Bewohner einzufühlen und hineinzusetzen sowie sich flexibel an die Bewohner anzupassen, um den eigenen Willen gegen den Widerstand der Bewohner durchzusetzen.

Die Fähigkeit zur Selbstbeherrschung, die Distanzierungsfähigkeit und die Durchsetzungsfähigkeit werden im Zusammenhang mit dementen oder ablehnenden, schimpfenden und beleidigenden Bewohnern ermittelt und dem Bereich der personalen Kompetenz zugeordnet. Sie werden als Fähigkeiten verstanden, mit sich selbst, den beruflichen Anforderungen, Belastungen und mit Körper und Psyche reflektiert umgehen zu können (vgl. RUNDER TISCH PFLEGE AG II 2005, S. 27) sowie sich selbst und anderen Personen gegenüber selbstverantwortlich und verantwortungsbewusst zu verhalten und zu handeln (vgl. QUEM 2003, S. 12).

Die Fähigkeit zur kreativen Gestaltung ist eine (Handlungs-)Fähigkeit der Mitarbeiter, die es ermöglicht den Alltag und die Heimumgebung der Bewohner abwechslungsreich und phantasievoll zu gestalten. Dafür nutzen die Mitarbeiter ihre Kreativität, um neue und originelle Handlungsmöglichkeiten und Strategien zu entwickeln sowie Probleme und Aufgaben zu lösen (vgl. FUCHS ET AL. 1988, S. 431). Die Fähigkeit zur kreativen Gestaltung wird in den Bereich der personalen Kompetenz gruppiert, da die personale Kompetenz nach ARNOLD ET AL. (2004) neben Motivation, Reflexivität sowie Fähigkeiten zur Selbsteinschätzung, Identitäts- und Wertvorstellungsentwicklung auch die Kreativität einschließt (vgl. ebd., S. 34).

Die Fähigkeit (Bewohner-/Verhalten) einzuschätzen beschreibt ein Handeln der Mitarbeiter, das Verhalten der Bewohner einzuschätzen. Diese Fähigkeit umfasst im Sinne einer „Bewertung“, die Bewohner und Situationen zu beurteilen und reflexiv einzuschätzen, um mit ihnen angemessen umgehen zu können (vgl. FRÖHLICH 2004, S. 96).

Eine Reflexionsfähigkeit umfasst ein reflektierendes Handeln der Mitarbeiter, dass durch ein Überdenken der Arbeitssituation, ein Nachdenken über den Bewohner und sein Verhalten sowie durch ein Hinterfragen des Verhaltens der Bewohner gekennzeichnet ist. Dabei reflektieren die Mitarbeiter ihre eigenen Handlungen und die Arbeitssituation im Umgang mit den Bewohnern sowie das Verhalten der Bewohner, um ihre Verhaltensweisen im Hinblick auf zukünftige Handlungen zu überdenken (vgl. FRÖHLICH 2004, S. 373). Findet ein Überdenken und Hinterfragen von Situationen und Verhaltensweisen von Bewohnern nicht statt, wird eine fehlende Reflexion erkennbar. In diesen Zusammenhang reflektieren die Mitarbeiter ihre Arbeitsorganisation oder das Verhalten der Bewohner nicht. Demzufolge kennzeichnet ein solches Handeln, dass eine Reflexionsfähigkeit nicht vorhanden ist.

Die Fähigkeit zum Perspektivwechsel bestimmt ein Erkennen (durch Wahrnehmen, Denken, Vorstellen, Lernen Urteilen), dass Verhaltensweisen geändert werden müssen und ein Handeln, indem Perspektiven gewechselt werden (vgl. FUCHS ET AL. 1988, S. 392).

Eine Assoziationsfähigkeit beschreibt ein assoziierendes Handeln, wobei die Mitarbeiter Vorstellungen oder Gefühle mit anderen Vorstellungen verknüpfen, indem sie sich einer Vorstellung bewusst werden, die eine andere mit ihr verknüpfte Vorstellung in Erinnerung ruft (vgl. FUCHS ET AL. 1988, S. 68).

Die Fähigkeit, (Bewohner-/Verhalten) einzuschätzen, die Reflexionsfähigkeit, die Fähigkeit zum Perspektivwechsel und die Assoziationsfähigkeit werden dem Kompetenzbereich der personalen Kompetenz zugeordnet, da sie nach ERPENBECK/ROSENSTIEL (2003) mit dem Selbst der Person verknüpfte Fähigkeiten beschreiben, wie reflexiv zu handeln, sich selbst und andere einzuschätzen, Motive zu entwickeln, Motivationen und Grundeinstellungen zu schaffen und im Arbeitsprozess zu lernen (vgl. ebd., S. XVI.).

### 8.6.1.2 Die Sozial-kommunikative Kompetenz und ihre (Handlungs-) Fähigkeiten

Der Kompetenzbereich der Sozial-kommunikativen Kompetenz umfasst nach EVERSHEIM neben kommunikativen Fähigkeiten Teamfähigkeiten, Verantwortungsbereitschaft und Verantwortungsübernahme, Fähigkeiten zur Kooperation und zum Aufbau von Vertrauen sowie Akzeptanz und Toleranz (vgl. ebd. 1997, S. 72). Einen weiteren Aspekt dieses Kompetenzbereichs stellt die Interaktionskompetenz dar, die unter anderem Kontaktfähigkeit und Konfliktfähigkeit einschließt. Der Bereich der Kommunikativen Kompetenz bezieht sich insbesondere auf eine verbale und nonverbale Kommunikations- und Gesprächsfähigkeit sowie eine mündliche und schriftliche Ausdrucksfähigkeit (vgl. GREIF/KURTZ 1996, S. 145).

Die von den Autoren genannten Fähigkeiten der Verantwortungsbereitschaft, -übernahme, Aufbau von Vertrauen, Akzeptanz und Toleranz werden im Rahmen der Untersuchung als (Handlungs-)Fähigkeit verantwortlich zu handeln, Fähigkeit Vertrauen herzustellen und Fähigkeit zu akzeptieren (vgl. auch Fähigkeit Individualität zu beachten) ermittelt und dem Kompetenzbereich Beziehungskompetenz zugeordnet. Sie stellen in gleicher Weise (Handlungs-)Fähigkeiten der sozial-kommunikativen Kompetenz dar, werden aber im situativen Handlungskontext angewendet, insbesondere im Umgang und in der Pflege und Betreuung von Bewohnern. Als notwendige Komponenten der Beziehungskompetenz charakterisieren sie den Aspekt der Beziehungsgestaltung zum Bewohner.

Die bei GREIF/KURTZ (1996) aufgeführte Einteilung der Fähigkeiten in die Bereiche Interaktions- und Kommunikationskompetenz wird im Rahmen der Untersuchung nicht vorgenommen. Dies begründet sich darauf, dass beide Bereiche bereits im Begriff zusammengeführt sind und eine strikte Trennung, wie z. B. an den (Handlungs-)Fähigkeiten zu überzeugen und abzulenken deutlich wird, nicht geeignet erscheint.<sup>82</sup> Somit werden die nachstehenden (Handlungs-)Fähigkeiten als Komponenten der sozial-kommunikativen Kompetenz zugeordnet.

Der Ausprägungsbereich Sozial-kommunikative Kompetenz	Fähigkeit Probleme gemeinsam zu lösen Team- und Kooperationsfähigkeit Fähigkeit in Interaktion zu treten Fähigkeit mit Kritik umzugehen Vermittlungsfähigkeit Fähigkeit zu integrieren Fähigkeit zur Hilfeleistung Fähigkeit sich zu engagieren Fähigkeit zu motivieren Kommunikationsfähigkeit Fähigkeit zu überzeugen Fähigkeit abzulenken Fähigkeit zu beruhigen Fähigkeit zum Zuhören
---	--

Tabelle 8-15: Ergebnis  $T_1$  Kompetenzbereich Sozial-kommunikative Kompetenz

<sup>82</sup> Die Fähigkeit zu überzeugen und die Fähigkeit abzulenken beschreiben eine Interaktion anhand eines kommunikativen Verhaltens.

Die Fähigkeit Probleme gemeinsam zu lösen stellt eine Fähigkeit und ein gemeinsames Problemlösungshandeln im Team dar. Dabei wenden die Mitarbeiter kommunikative Fähigkeiten sowie Denkprozesse und Verhaltensweisen an, um einen Weg zu finden, Aufgaben oder Probleme zu lösen (vgl. FUCHS ET AL. 1988, S. 592).

Die Team- und Kooperationsfähigkeit kennzeichnet ein kooperatives Zusammenarbeiten der Mitarbeiter sowie eine Kooperation mit anderen Personen zur Lösung eines Problems oder einer Aufgabe (vgl. FUCHS ET AL. 1988, S. 427).

Die Fähigkeit in Interaktion zu treten beschreibt ein Handeln der Mitarbeiter, mit anderen Personen in Kontakt zu treten. Dieses Handeln, das durch Kommunikation und Interaktion gekennzeichnet ist, schließt einen wechselseitigen Kontakt mit anderen Personen ein, der durch Kommunikation vermittelt wird und zu einer gegenseitigen Beeinflussung der Einstellungen, Erwartungen und Handlungen der Personen führt (vgl. auch FUCHS ET AL. 1988, S. 352).

Die (Handlungs-)Fähigkeiten Probleme gemeinsam zu lösen, in Interaktion zu treten und die Team- und Kooperationsfähigkeit werden dem Kompetenzbereich der sozial-kommunikativen Kompetenz zugeordnet, da sie nach ERPENBECK/ROSENSTIEL (2003) als Dispositionen des kommunikativen, kooperativen Handelns verstanden werden. Sie stellen Fähigkeiten zur kreativen Auseinandersetzung in Gruppen, zur Herstellung von Beziehungen zu anderen Menschen sowie zum Verwirklichen neuer Pläne, Aufgaben und Ziele dar (vgl. ebd., S. XVI). Die Autoren GREIF/KURTZ (1996) zählen zur sozial-kommunikativen Kompetenz u. a. auch Fähigkeiten zum Umgang mit anderen Menschen, Kooperationsfähigkeit, Teamfähigkeit sowie Kontaktfähigkeit (vgl. ebd., S. 145).

Die Fähigkeit mit Kritik umzugehen beschreibt ein Handeln der Mitarbeiter, mit Kritik umzugehen und Kritik (nicht) anzunehmen, indem sie einen Sachverhalt prüfen und bewerten. Die Verhaltenskategorien „sich entschuldigen“, „nicht einsehen“, „sich rechtfertigen“ verdeutlichen das Handeln, mit Kritik umzugehen.

Die Vermittlungsfähigkeit kennzeichnet eine Fähigkeit und ein Handeln der Mitarbeiter, in Streit- und Konfliktsituationen durch Kommunikation zu vermitteln. Dabei erfolgt die Lösung des Konfliktes durch Mediation, indem bei den Interessen der Betroffenen angesetzt wird und der Mitarbeiter die Rolle des Mediators, d. h. eine Vermittlungsposition einnimmt (vgl. FUCHS ET AL. 1988, S. 649, 404).

Die (Handlungs-)Fähigkeit mit Kritik umzugehen und die Vermittlungsfähigkeit stellen Komponenten der sozial-kommunikativen Kompetenz dar, da sie Fähigkeiten und Handlungen beschreiben *„sich in die Probleme und Verständnisschwierigkeiten des anderen hineinzusetzen, andere Meinungen und Wertevorstellungen zu ertragen oder zu übernehmen sowie Konflikte friedlich und einvernehmlich zu lösen“* (QUEM 2003, S. 12). Weiterhin können sie auch als Kritikfähigkeit und Konfliktfähigkeit begrifflich definiert werden, wie sie bei GREIF/KURTZ (1996) aufgeführt sind und dort Fähigkeiten der sozialen (und kommunikativen) Kompetenz beschreiben (vgl. ebd., S. 145).



Die Fähigkeit zu integrieren umfasst ein kommunikatives Handeln der Mitarbeiter, andere Personen (Bewohner) in die Gemeinschaft und den Alltag einzugliedern bzw. zu integrieren. Dabei ist nicht die Fähigkeit des Mitarbeiters gemeint, sich selbst zu integrieren, sondern seine Fähigkeit andere Personen in die Gesellschaft einzugliedern. Findet dagegen keine Integration der Bewohner in die Gemeinschaft statt, ist eine Fähigkeit zu integrieren nicht vorhanden. Die fehlende Integration ist dadurch gekennzeichnet, dass die Mitarbeiter kaum mit den Bewohnern kommunizieren, die Bewohner sich mit sich selbst beschäftigen lassen und einzelne Bewohner ausgrenzen, da diese scheinbar von der Gemeinschaft nicht akzeptiert werden (sie stören aufgrund ihres Krankheitsbildes andere Bewohner).

Die Fähigkeit zur Hilfeleistung bezeichnet eine Fähigkeit und ein Handeln, hilfebedürftigen Personen zu helfen und diese zu unterstützen, vor dem Hintergrund ihr Wohlbefinden zu beachten und zu fördern (vgl. FRÖHLICH 2004, S. 223).

Die Fähigkeit sich zu engagieren kennzeichnet ein initiatives (idealistisches und altruistisches) Verhalten, um sich für andere Personen oder Situationen einzusetzen.

Die Fähigkeit zu integrieren, die Fähigkeit zur Hilfeleistung sowie die Fähigkeit, sich zu engagieren werden als (Handlungs-)Fähigkeiten der sozial-kommunikativen Kompetenz zugeordnet, da sie Fähigkeiten zum Umgang mit anderen Menschen sowie die Bereitschaft zur Dienstleistungserbringung und ein verantwortungsbewusstes Arbeiten mit anderen Personen darstellen. Von GREIF/KURTZ (1996) werden sie als Fähigkeiten der sozial-kommunikativen Kompetenz angeführt (vgl. ebd., S. 145).

Die Fähigkeit zu motivieren kennzeichnet ein kommunikatives Handeln im Umgang mit anderen Personen, um bei ihnen eine zielgerichtete Motivation zu erzeugen und sie zu einem bestimmten Verhalten oder Handeln zu aktivieren (vgl. FRÖHLICH 2004, S. 148). Aus diesem Grund wird diese Fähigkeit der sozial-kommunikativen Kompetenz zugeordnet. Sie wird somit nicht als eine mit dem Selbst der Person verknüpfte Motivationsfähigkeit verstanden, wie sie von GREIF/KURTZ (1996, S. 145) aufgefasst wird.

Die Kommunikationsfähigkeit beschreibt eine Fähigkeit, Informationen und emotionale Gehalte zu übertragen, mitzuteilen und sich gegenseitig auszutauschen (vgl. FUCHS ET AL. 1988, S. 397f.). Dabei charakterisiert die Kommunikationsfähigkeit mit anderen Menschen Gespräche und Unterhaltungen zu führen sowie durch Erklärungen, Nachfragen und Antworten zu kommunizieren. Weiterhin besteht eine Kommunikation auch darin, zu scherzen und zu lachen (vgl. emotionale Gehalte).

Als besondere Formen der Kommunikationsfähigkeit werden die Fähigkeit zu überzeugen, die Fähigkeit abzulenken, die Fähigkeit zu beruhigen sowie die Fähigkeit zum Zuhören ermittelt, die im Rahmen einer kommunikativen Interaktion<sup>83</sup> angewendet werden. Dabei veranschaulicht die Fähigkeit zu überzeugen das Erreichen einer Veränderung von

---

83 „Soziale Interaktion“ bezeichnet „jede Art wechselseitiger Bedingtheit, z. B. im sozialen Verhalten“ (FRÖHLICH 2004, S. 254), die durch Kommunikation vermittelt wird und zu einer gegenseitigen Beeinflussung der Einstellungen, Erwartungen und Handlungen der Individuen führt (vgl. FUCHS ET AL. 1988, S. 352).

Einstellungen anderer Personen durch überzeugende Kommunikation (vgl. FUCHS ET AL. 1988, S. 92). Die Fähigkeit abzulenken beschreibt das Führen von Gesprächen, indem mit Personen kommuniziert wird, um sie von anderen Handlungen und Verhaltensweisen abzulenken, wohingegen die Fähigkeit zu beruhigen ein Handeln zeigt, andere Personen durch Kommunikation und Zuwendung bzw. Einfühlung zu beruhigen. Die Fähigkeit zum Zuhören wird von ARNOLD ET AL. (2004) auch als „Kommunikationsmethode“ bezeichnet, um sich mit anderen Personen effektiver auseinandersetzen zu können (vgl. ebd., S. 34).

Diese (Handlungs-)Fähigkeiten charakterisieren Komponenten der sozial-kommunikativen Kompetenz, da diese nach GREIF/KURTZ (1996) eine verbale und nonverbale Kommunikation enthält und eine Kommunikationsfähigkeit, Gesprächsfähigkeit sowie die mündliche und schriftliche Ausdrucksfähigkeit darstellt (vgl. ebd., S. 145). Die Kommunikationsfähigkeit und ihre besonderen Formen sind in allen Maßnahmen im Sinne einer bewohnerorientierten, pflegerischen und betreuenden Interaktion mit dem Bewohner wichtig und ermöglichen die Herstellung und Aufrechterhaltung dieser Handlungen.

Abschließend kann zur sozial-kommunikativen Kompetenz bemerkt werden, dass die (Handlungs-)Fähigkeit Kommunikationsfähigkeit und ihre Formen fast ausschließlich im Zusammenhang mit einer Anleitung und Erklärung von Handlungen, die die Pflegekräfte in einer pflegerischen Situation durchführen, ermittelt werden. Weiterhin ist eine Kommunikation auf gelegentlichen „Smalltalk“ und Gespräche im Vorbeigehen beschränkt. Einen Erklärungsansatz stellt die Arbeitsorganisation dar: Die Mitarbeiter halten sich häufig bei zu pflegenden Bewohnern im Zimmer auf oder sind mit anderen Arbeitsaufgaben beschäftigt.

Aus diesem Grund ist es ihnen vermutlich nur möglich, die Kommunikation mit den Bewohnern während der Pflegetätigkeiten oder im Vorbeigehen zu nutzen (vgl. dazu auch eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit, die der Beziehungskompetenz zugeordnet wird). Anhand der Bewohneraussagen wird die Kommunikation, die Fähigkeit zu motivieren und die Fähigkeit Zuwendung auszudrücken (vgl. Beziehungskompetenz) vorwiegend im Kontext einer konkreten Handlung am Bewohner und oftmals während der (Körper-)Pflegetätigkeiten ermittelt. An dieser Stelle wird auf die Beziehungskompetenz hingewiesen, die in den nachstehenden Ausführungen mit ihren Komponenten dargestellt wird und in Verbindung zur sozial-kommunikativen Kompetenz steht.

#### **8.6.1.3 Die Beziehungskompetenz und ihre (Handlungs-)Fähigkeiten**

Einen neuen Kompetenzbereich stellt die Beziehungskompetenz dar. Diesen kennzeichnen die im Folgenden zusammengefassten (Handlungs-)Fähigkeiten der Mitarbeiter. Dabei wird sich wie bei der Begriffsbildung der Beziehungsfähigkeit an den Begriff „Beziehung“ angelehnt. Eine Beziehung kennzeichnet ein soziales, kommunikatives, wahrnehmendes Handeln zwischen mehreren Personen, das über einen längeren Zeitraum erfolgt (vgl. FUCHS ET AL. 1988, S. 112). Insofern werden der Beziehungskompetenz die (Handlungs-)Fähigkeiten zugeordnet, die dieses soziale, kommunikative, wahrnehmende Handeln beschreiben. Sie verdeutlichen in der pflegerischen und betreuenden Arbeit zwischen Mitarbeitern und Bewohnern, dass diese Personen über einen längeren Zeitraum in einer Beziehung zueinander stehen und „miteinander leben“.

Der Ausprägungsbereich Beziehungskompetenz	Fähigkeit fürsorglich zu handeln Fähigkeit Zuwendung auszudrücken Fähigkeit Interesse zu bekunden Fähigkeit zur Wahrnehmung Fähigkeit Wertschätzung zu vermitteln Fähigkeit sich in andere einzufühlen und hineinzusetzen Fähigkeit verantwortlich zu handeln Fähigkeit Vertrauen herzustellen Fähigkeit Bewohner nicht zu bevorzugen Fähigkeit zu akzeptieren Fähigkeit nachsichtig zu handeln Beziehungsfähigkeit eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit
---	--

Tabelle 8-16: Ergebnis  $T_1$  Kompetenzbereich Beziehungskompetenz

Die Fähigkeit fürsorglich zu handeln kennzeichnet ein besorgtes und fürsorgliches Verhalten der Mitarbeiter im Umgang mit den Bewohnern. Die Mitarbeiter „kümmern“ sich um die Bewohner, „hören ihnen zu“ und „nehmen sich Zeit“ für sie.

Die Fähigkeit Zuwendung auszudrücken bezeichnet ein freundliches und liebevolles Verhalten, dass einer Person entgegengebracht wird (vgl. FUCHS ET AL. 1988, S. 886). Die Zuwendung wird vermittelt, indem die Mitarbeiter ihre Empfindungen durch „streicheln“, „drücken“ oder „in Gesprächen“ mitteilen. Hierin wird auch ein Zusammenhang zum Austausch von emotionalen Gehalten der Kommunikationsfähigkeit erkennbar.

Die Fähigkeit Interesse zu bekunden kennzeichnet ein Handeln der Mitarbeiter, Interesse für die Bewohner und ihre Verliehen zu zeigen und ihre Aufmerksamkeit und Gedanken auf die Bewohner auszurichten, um sich mit ihnen auseinanderzusetzen (vgl. FUCHS ET AL. 1988, S. 356).

Die Qualität der pflegerischen Handlungen ist nach EVERSHEIM (1997) in hohem Maße von der Beziehung der Mitarbeiter zum Bewohner abhängig. Aus diesem Grund enthält soziale Kompetenz bei EVERSHEIM auch die Fähigkeiten, Kontakte zum Bewohner herzustellen, Wünsche und Zufriedenheit der Bewohner zu erfragen, zu analysieren und zu beurteilen (vgl. ebd., S. 70). Die Fähigkeit, Kontakte zum Bewohner herzustellen wird als Fähigkeit in Interaktion zu treten dem Bereich der sozial-kommunikativen Kompetenz zugeordnet. Die Fähigkeit, Wünsche und Zufriedenheit der Bewohner zu erfragen, zu analysieren und zu beurteilen wird als Fähigkeit, Interesse zu bekunden sowie als Fähigkeit zur Wahrnehmung verstanden und in die Beziehungskompetenz gruppiert.

Die Fähigkeit zur Wahrnehmung kennzeichnet die Aufnahme und Interpretation von Informationen über Zustände und Verhaltensweisen anderer Personen, die über die Sinnesorgane sowie durch Interaktion und Kommunikation erfolgt (vgl. KALLER 2001, S. 464; FUCHS ET AL. 1988, S. 849). Dabei beschreibt ein wahrnehmendes Handeln, Situationen im Umgang mit Bewohnern und deren Verhaltensweisen zu „bemerken“, zu „hören“, zu „beobachten“ und zu „sehen“. Eine Wahrnehmung von Personen, von Verhaltensweisen und von Situationen findet nicht statt, wenn die Mitarbeiter während der Kommunikation und in der Interaktion mit sich beschäftigt sind, das Verhalten der Bewohner und ihre Person nicht wahrnehmen und in diesem Zusammenhang Veränderungen in der

unmittelbaren Situation nicht bemerken. Folglich ist hier eine Fähigkeit zur Wahrnehmung nicht vorhanden.

Die Fähigkeit Wertschätzung zu vermitteln beschreibt ein wertschätzendes Handeln in der Kommunikation und im Umgang mit anderen Personen, sie „ernst zu nehmen“, sie „wahrzunehmen“, ihnen „aktiv zuzuhören“ und sie „zu bestätigen“. Eine fehlende Wertschätzung kennzeichnet eine laute und unbeherrschte Kommunikation sowie „verniedlichende“ und „kindliche“ Formulierungen im Umgang mit erwachsenen Personen. Dieses Handeln deutet somit auf eine nicht vorhandene Fähigkeit, Wertschätzung zu vermitteln.

Die Fähigkeit sich in andere einzufühlen und hineinzuversetzen umfasst ein einführendes Handeln, die Bewohner und ihr Verhalten wahrzunehmen sowie eine ruhige, gefühlvolle Kommunikation, indem sich eine Person (Pflegekraft) in eine andere Person (Bewohner) und die damit verbundene Situationen hineinversetzt und sich mit ihr identifiziert, um ihre Gefühle und Verhaltensweisen zu verstehen (vgl. FUCHS ET AL. 1988, S. 178). Eine fehlende Einfühlung wird im Zusammenhang mit einem Handeln erkennbar, sich nicht in Personen hineinzuversetzen, ihre Gefühle und die Pflegesituationen zu verstehen und sich stattdessen „mit sich selbst zu beschäftigen“, die andere Person nicht wahrzunehmen oder sie nicht als Individuum wahrzunehmen sowie auch die Intimsphäre der Person zu verletzen (vgl. Fähigkeit Intimsphäre zu beachten). Hierin wird erkennbar, dass die Fähigkeit, sich in andere einzufühlen und hineinzuversetzen nicht vorhanden ist.

Die erläuterten Fähigkeiten werden von QUEM (2003, S. 12) und ARNOLD ET AL. (2004, S. 33) als empathische Fähigkeiten, wie zuhören und sich in andere Personen hineinzuversetzen, respektvolles Wahrnehmen und Umgehen mit anderen Persönlichkeiten, Meinungen und Werthaltungen im Zusammenhang mit der sozial-(kommunikativen) Kompetenz erwähnt.

Die Fähigkeit verantwortlich zu handeln beschreibt ein verantwortliches Handeln der Mitarbeiter im Umgang mit den Bewohnern. Sie kennzeichnet, eine Verantwortung für abhängige Bewohner zu übernehmen und in diesem Zusammenhang verantwortlich und überlegt zu handeln, indem die Mitarbeiter z. B. kontrollieren und nachsehen, ob kein Verhalten oder Ereignis der Bewohner zu erwarten ist, das von den Regeln oder Erwartungen der Mitarbeiter abweicht (vgl. auch FRÖHLICH 2004, S. 271).

Die Fähigkeit Vertrauen herzustellen veranschaulicht einen vertrauten kommunikativen Austausch der Mitarbeiter und Bewohner, der dadurch gekennzeichnet ist, dass sich Bewohner bei Problemen an die Mitarbeiter wenden und diese sich Zeit nehmen, den Bewohnern zuhören und ihnen Vertrauen schenken. Demzufolge charakterisieren dieses Handeln und die Fähigkeit, dass die Mitarbeiter Vertrauen zum Bewohner herstellen und die Bewohner das Vertrauen annehmen. Weiterhin stellt sie eine wichtige (Handlungs-)Fähigkeit der Mitarbeiter dar, um mit den Bewohnern eine Beziehung einzugehen und diese zu gestalten. Ein fehlendes Vertrauen bzw. misstrauisches Handeln der Mitarbeiter im Umgang mit den Bewohnern deuten Verhaltensweisen wie ihnen ihre Erzählungen „nicht glauben“ an. Hieraus lässt sich schlussfolgern, dass die Mitarbeiter über die Fähigkeit, Vertrauen zum Bewohner herzustellen nicht verfügen.

Die Fähigkeit zu akzeptieren umfasst, Entscheidungen der Bewohner und ihr Verhalten zu akzeptieren, indem die Mitarbeiter Bewohner nicht zwingen oder nötigen eine Handlung auszuführen oder durchführen zu lassen. Hierin ist auch eine Verbindung zur Fähigkeit, die Individualität der Bewohner zu beachten erkennbar.

Die Fähigkeit nachsichtig zu handeln stellt im Umgang mit dementen schimpfenden bzw. beleidigenden Bewohnern eine Fähigkeit und ein Handeln dar, in Situationen, in denen die Bewohner ihre Äußerungen und Mitteilungen nicht mehr kontrollieren können, die Äußerungen der Bewohner nicht zu bewerten sowie den Bewohnern zu verzeihen und Beschimpfungen zu vergessen.

Die Fähigkeit Bewohner nicht zu bevorzugen bezeichnet eine (Handlungs-)Fähigkeit der Mitarbeiter, einzelne Bewohner nicht zu bevorzugen und alle Bewohner gleich zu behandeln, d. h. sich ihnen auf eine gleiche Art freundlich und liebevoll zuzuwenden. Bewohner nicht gleich zu behandeln veranschaulicht, dass einzelne Bewohner bevorzugt werden, weil diese sich z. B. sehr präsent darstellen und dabei die Versorgung hilfsbedürftiger Bewohner in den Hintergrund rückt. Demzufolge fehlt hier die Fähigkeit, Bewohner nicht zu bevorzugen.

Die (Handlungs-)Fähigkeiten verantwortlich zu handeln, Vertrauen herzustellen, Bewohner nicht zu bevorzugen sowie die Fähigkeit zu akzeptieren und nachsichtig zu handeln werden als Aspekte der sozial-(kommunikativen) Kompetenz im Zusammenhang mit Fähigkeiten zur Verantwortungsbereitschaft und -übernahme, Fähigkeiten zum Aufbau von Vertrauen, Akzeptanz und Toleranz sowie Fähigkeiten zur Offenheit und Partnerschaftlichkeit auch von EVERSHEIM (1997) genannt (vgl. ebd., S. 72f.). Sie stellen im Kontext ihrer Herleitung aus den Critical Incidents (im Umgang der Pflegekräfte mit Bewohnern und im Zusammenhang mit der Durchführung pflegerischer Handlungen) Komponenten der Beziehungskompetenz dar, die eine „gelebte“ Beziehung der Mitarbeiter zum Bewohner charakterisieren.

Die Beziehungsfähigkeit umfasst die Betreuung, den Aufbau und die Gestaltung von Beziehungen der Mitarbeiter mit den Bewohnern. Dieses Handeln enthält, sich mit den Bewohnern zu beschäftigen mit ihnen zu spielen, zu kommunizieren und – unabhängig von den durchzuführenden medizinischen und pflegerischen Tätigkeiten – den Alltag mit ihnen gemeinsam zu gestalten und zu leben. Eine Beziehungsfähigkeit ist nicht vorhanden, wenn die Mitarbeiter eine Betreuung der Bewohner auf das Durchführen von Pflegetätigkeiten beschränken und freie Zeitkapazitäten nicht für die Betreuung und Beschäftigung mit den Bewohner nutzen, um z. B. ein Gespräch zu führen oder sich zu den Bewohnern setzen und gemeinsam mit ihnen ein Spiel spielen.

Eine Ursache für eine fehlende Beziehungsfähigkeit kann auch im Zusammenhang mit einer fehlenden Integration und Fähigkeit Bewohner zu integrieren gesehen werden. Die Mitarbeiter beschäftigen sich auch bei zeitlichen Kapazitäten nicht mit den Bewohnern, d. h. sie setzen sich nicht zu ihnen, um zu spielen oder nur zuzuhören. Dies könnte daran liegen, dass die Mitarbeiter auf Grundlage ihres Berufsverständnisses die Betreuung der Bewohner nicht zu ihren Aufgabenbereich zählen, da hierfür eine Ergotherapeutin zuständig ist. Möglicherweise verlassen sich die Pflegekräfte auch auf die Arbeit der

Ergotherapeutin, die für die Betreuungs- und Beschäftigungsaufgaben zuständig ist und sehen es nicht als Notwendigkeit an, sich darüber hinaus mit den Bewohnern zu beschäftigen. Andererseits könnte dies auch ein konzeptuelles Problem darstellen, weil die Pflege und Betreuung in ihren Zuständigkeiten getrennt wird.

Eine eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit kennzeichnet ein eingeschränktes kommunikatives Handeln der Mitarbeiter mit den Bewohnern, insbesondere während der Pflegetätigkeiten aber auch außerhalb der Durchführung von pflegerischen Maßnahmen. Die eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit wird an einer geringen Kommunikation im Alltag sowie an einer fehlenden Anleitung zur Mobilisation und an einer fehlenden Erläuterung zur Durchführung von (Körper-) Pflegetätigkeiten erkennbar. Grundsätzlich stellt die eingeschränkte Kommunikation ein Hindernis in der Beziehungsgestaltung zum Bewohner dar, da eine Interaktion und „gelebte“ Beziehung mit den Bewohnern wesentlich durch Kommunikation erfolgt und aufrechterhalten wird.

Eine eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit wird im Zusammenhang mit wenigen Gesprächen, Unterhaltungen und Smalltalks der Mitarbeiter mit Bewohnern auch während der Pflegetätigkeiten ermittelt. Insbesondere in den Beobachtungen wird erkennbar, dass die Mitarbeiter die Bewohner pflegen, sich jedoch während der Durchführung ihrer Tätigkeiten wenig mit den Bewohnern unterhalten. Denkbar ist, dass die eingeschränkte Kommunikation auf den Gesundheitszustand der Bewohner zurückgeführt wird: Mit unmobilen, bettlägerigen und dementen Bewohnern muss der sich Mitarbeiter nicht so häufig unterhalten, weil die Bewohner nicht auf das Gespräch reagieren und es vielleicht nicht mehr wahrnehmen. Dieser Eindruck wird dadurch verstärkt, dass Gespräche häufig durch Beweggründe der Bewohner veranlasst werden. Wenn der Bewohner das Bedürfnis hat vom gestrigen Tag zu berichten, beteiligt sich die Pflegekraft am Gespräch, hört zu und hinterfragt. Das Initiieren eines Gesprächs erfolgt somit nicht grundlegend durch die Mitarbeiter. Diese Beobachtung unterstützt die Annahme, dass die Kommunikation der Mitarbeiter ebenfalls durch die Fähigkeiten der Bewohner, sich zu äußern und mitzuteilen sowie durch ihren Gesundheitszustand beeinflusst wird.

An dieser Stelle soll auch auf die bereits erläuterte Kommunikationsfähigkeit und ihre Formen im Bereich der sozial-kommunikativen Kompetenz zurückverwiesen werden. In diesem Kontext wurde ermittelt, dass die Mitarbeiter häufig nur während der Pflege mit den Bewohnern sprechen und gelegentlich „Smalltalks“ und einige Gespräche im Vorbeigehen durchführen. Anhand der hier erläuterten eingeschränkten Kommunikationsfähigkeit wird zudem erkennbar, dass auch eine Kommunikation während der Durchführung der Pflegehandlungen von den Mitarbeitern vernachlässigt wird.

#### **8.6.1.4 Die Fachlich-methodische Kompetenz und ihre (Handlungs-)Fähigkeiten**

Nach SCHMITZ/HOFMANN (vgl. ebd. 2000, S. 140) umfasst der Kompetenzbereich der fachlich-methodischen Kompetenz berufliche Fachkenntnisse und Fachwissen zur Ausübung der Pflegetätigkeiten. Die Anwendung fachlich-methodischer Kompetenz erfordert wiederum operatives Handlungswissen (vgl. GREIF/KURTZ 1996, S. 62).

Weiterhin enthält dieser Kompetenzbereich auch methodische Kompetenzen, die Fähigkeiten zur Problemanalyse und Problemlösung beschreiben (vgl. GREIF/KURTZ 1996, S. 19; VIETHEN 1995, S. 75). Unter organisatorischen Kompetenzen werden auch Fähigkeiten, sich flexibel auf Veränderungen einzustellen sowie Organisationsfähigkeit, Managementkompetenz und Fähigkeiten zum strategischen Handeln zusammengefasst (vgl. EVERSHEIM 1997, S. 72; GREIF/KURTZ 1996, S. 19; BÖNSCH 1994, S. 61f.).

Nachfolgend werden die Fähigkeit (Fach)Wissen anzuwenden und weitere (Handlungs-)Fähigkeiten vorgestellt, die als Komponenten diesem Kompetenzbereich zugeordnet werden.

Der Ausprägungsbereich Fachlich-methodische Kompetenz	Fähigkeit medizinisches und pflegerisches Wissen anzuwenden Fähigkeit zur Dokumentation Fähigkeit Bewohner zu mobilisieren Fähigkeit Bewohner zur Mobilisation anzuleiten Fähigkeit Körperpflege durchzuführen Fähigkeit Bewohner zu validieren Fähigkeit zum Essenreichen Fähigkeit an- und auszukleiden Fähigkeit technische Geräte anzuwenden Fähigkeit aktivierende Pflege und Selbstpflege zu ermöglichen Fähigkeit Intimsphäre zu beachten Fähigkeit Individualität zu beachten Planungs- und Organisationsfähigkeit Flexibilität und Anpassungsfähigkeit
---	--

Tabelle 8-17: Ergebnis  $T_1$  Kompetenzbereich Fachlich-methodische Kompetenz

Aus der Analyse der Interviews und Beobachtungen kann ermittelt werden, dass die Pflegekräfte über Fachwissen und die Fähigkeit dieses Fachwissen anzuwenden verfügen. Insofern werden die folgenden (Handlungs-)Fähigkeiten als Komponenten der fachlich-methodischen Kompetenz betrachtet. Dabei umfasst die fachlich-methodische Kompetenz Fähigkeiten, Fachwissen bzw. Wissen eines bestimmten Fachgebiets zu besitzen, dieses Fachwissen auf neue Problemlagen anzuwenden oder auf Veränderungen zu beziehen, sowie Entscheidungen zu begründen und verantwortungsbewusst treffen zu können (vgl. QUEM 2003, S. 12).

Die Fähigkeit medizinisches und pflegerisches Wissen anzuwenden kennzeichnet das Durchführen von medizinischen und pflegerischen Handlungen, wie z. B. medizinische Einreibungen, Katheterwechsel, Verbandswechsel oder Bewohner zu spritzen.

Die Fähigkeit zur Dokumentation enthält, pflegerische Handlungen und wichtige Vorkommnisse im Zusammenhang mit der Pflege und Betreuung von Bewohnern in der Pflegedokumentation schriftlich festzuhalten. Diese Fähigkeit ist für die Mitarbeiter notwendig und wichtig, da sie alle durchgeführten Tätigkeiten am und mit dem Bewohner dokumentieren müssen, um mögliche Pflegestufen-Erhöhungen zu beantragen und zu begründen sowie um z. B. in rechtlichen Fragen anhand der Aufzeichnungen belegen zu können, welche Tätigkeit wann und von welchem Mitarbeiter am Bewohner durchgeführt wurde.

Die Fähigkeit Körperpflege durchzuführen bezeichnet die Durchführung der Körperpflege der Bewohner, wie z. B. waschen, baden, duschen, Haar- und Gesichtspflege.

Bewegungsübungen, Gymnastik und Gehübungen mit Bewohnern durchzuführen sowie Bewohner zu lagern deuten auf die Fähigkeit, Bewohner zu mobilisieren.

Die Fähigkeit Bewohner zu validieren bedeutet, „Bewohner ernst zu nehmen“, „aktiv zuzuhören“, „Bewohner zu bestätigen“ und ein „Gefühl der Wertschätzung zu vermitteln“, sich „auf die Ebene des Dementen begeben“, „die Thematik des Bewohners aufzugreifen“ und „ein validierendes Gespräch zu führen“. Die Fähigkeit Bewohner zu validieren steht in Verbindung mit der Kommunikationsfähigkeit, der Fähigkeit zum Zuhören sowie der Fähigkeit Wertschätzung zu vermitteln und sich in andere einzufühlen und hineinzuversetzen.

Die Fähigkeit zum Essenreichen beschreibt die Anwendung von Fachwissen zum Umgang mit dem Reichen von Speisen und Getränken und dem Einsetzen von Zahnprothesen bei Bewohnern.

Das An- und Auskleiden der Bewohner im Zusammenhang mit der Durchführung der Körperpflege bezeichnet die Fähigkeit, Bewohner an- und auszukleiden. Sie steht in Verbindung mit der Fähigkeit, die Individualität der Bewohner zu beachten.

Die Fähigkeit technische Geräte anzuwenden stellt den Umgang mit und die Anwendung von Arbeitshilfsmitteln und technischen Geräten im Zusammenhang mit der Pflege der Bewohner dar, z. B. den Gebrauch eines Hebelifters oder einer Körperwaage.

Die Fähigkeit Bewohner zur Mobilisation anzuleiten stellt eine kommunikative (Handlungs-)Fähigkeit dar, dem Bewohner die Durchführung von Pflegehandlungen mitzuteilen, vorzuzeigen und ihn anzuleiten, bei der Ausführung der Tätigkeiten mitzuhelfen. Eine fehlende Anleitung zur Mobilisation kennzeichnet eine eingeschränkte Kommunikation der Pflegehandlungen, die bereits im Zusammenhang mit der Beziehungskompetenz erläutert wurde. Hier wird erkennbar, dass die Mitarbeiter die Fähigkeit, Bewohner zur Mobilisation anzuleiten nicht anwenden bzw. dass ihnen diese Fähigkeit fehlt.

Eine Fähigkeit aktivierende Pflege und Selbstpflege zu ermöglichen kennzeichnet, den Bewohnern eine gewisse Selbstständigkeit zuzugestehen und sie ihnen zu ermöglichen sowie sie anzuleiten, Pflegetätigkeiten selbst durchzuführen. Eine aktivierende Pflege und Selbstpflege nicht zu ermöglichen bezeichnet das Durchführen von Pflegehandlungen durch die Mitarbeiter, obwohl der Bewohner noch fähig ist, sich selbst zu pflegen. Auf eine nicht verfügbare Fähigkeit weist ebenfalls hin, Aktivitäten der Bewohner zu ignorieren und die Pflege zu übernehmen, weil die Mitarbeiter sie schneller und routinierter durchführen. Schlussfolgernd wenden die Mitarbeiter die Fähigkeit, aktivierende Pflege und Selbstpflege zu ermöglichen nicht an oder sie verfügen nicht über diese Fähigkeit.

Die Fähigkeit Individualität zu beachten charakterisiert, Bewohner selbstbestimmt entscheiden und handeln zu lassen, sie nicht zu zwingen die Körperpflege durchzuführen und ihnen Handlungen zu ermöglichen, die ihre Individualität unterstützen, z. B. ihnen Duftstoffe anzubieten sowie sie ihre Kleidung selbst auswählen zu lassen. Hierin besteht



auch eine Verbindung zur Fähigkeit, Bewohner und ihr Verhalten zu akzeptieren, die als Komponente der Beziehungskompetenz erläutert wurde. Eine Missachtung der Individualität der Bewohner bezieht sich auf ein Handeln, entscheidungsfähige Bewohner keine Entscheidungen treffen zu lassen und ihnen keine Entscheidungsmöglichkeiten aufzuzeigen (z. B. sie nach ihrem Kleidungswunsch zu fragen und diesen zu akzeptieren). Somit wird erkennbar, dass die Mitarbeiter die Fähigkeit, Individualität der Bewohner zu beachten nicht anwenden oder ihnen diese Fähigkeit fehlt.

Auf eine Fähigkeit Intimsphäre zu beachten weist ein Handeln hin, die Intimsphäre der Bewohner während der Körperpflege wahrzunehmen und sie zu schützen. Es werden Verhaltensweisen, wie „am Zimmer der Bewohner anklopfen“ oder „unbekleidete Körperbereiche bei der Pflege abdecken“ ermittelt, die auf die Anwendung dieser Fähigkeit hindeuten. Die Intimsphäre der Bewohner zu missachten bzw. nicht zu beachten umfasst Handlungen, der Intimität der Bewohner keine Beachtung zu schenken, sie nicht wahrzunehmen und sich nicht in die Bewohner und Pflegesituationen einzufühlen und hineinzusetzen sowie dabei die Intimsphäre der Bewohner zu verletzen. Auf eine fehlende Beachtung bzw. eine Missachtung der Intimsphäre weisen folgende Verhaltensweisen hin: Die Mitarbeiter lassen Türen zu Bädern und Zimmern geöffnet, während Bewohner gewaschen werden, sich waschen oder die Toilette benutzen. Die Mitarbeiter überschreiten Intimitätsgrenzen, indem sie neben Bewohnern warten, die die Toilette benutzen und die Mitarbeiter nehmen nicht wahr, dass sie die Intimsphäre der Bewohner verletzen. Daran wird erkennbar, dass die Mitarbeiter die Fähigkeit, die Intimsphäre der Bewohner zu beachten nicht anwenden oder dass sie über diese Fähigkeit nicht verfügen.

Die Planungs- und Organisationsfähigkeit kennzeichnet ein planendes und organisierendes Handeln im Zusammenhang mit der Durchführung von Pfllegetätigkeiten, der Priorisierung von Tätigkeiten, einer gleichzeitigen Durchführung mehrerer Handlungen sowie der Einteilung der Mitarbeiter für die Pflege dementer Bewohner. Im Zusammenhang mit einem vorausschauenden Handeln wird die Planungs- und Organisationsfähigkeit auch im Kontext der Reflexion von pflegerischen Maßnahmen und einer Änderung und Neuorganisation von Handlungen erkennbar, z. B. Bewohnern Kleidung anzuziehen, die verhindert, dass sie sich das Inkontinenzmaterial entfernen können. Eine fehlende Planung und Organisation wird daran erkennbar, dass Mitarbeiter z. B. bei Ausfahrten die Sitzordnung im Fahrzeug nicht planen oder neu organisieren, wenn absehbar ist, dass mehrere Bewohner teilnehmen, die etwas korpulenter sind oder wenn sie Pflegehilfsmittel für pflegerische und medizinische Maßnahmen sowie die Kleidung der Bewohner während der Durchführung der Handlungen erst suchen müssen, obwohl sie die Durchführung der Tätigkeiten bereits geplant haben. Dieses Handeln weist auf eine Planungs- und Organisationsfähigkeit hin, die den Mitarbeitern fehlt.

Flexibilität und Anpassungsfähigkeit bedeutet, dass Personen ihr Verhalten ändern und an neue Gegebenheiten anpassen bzw. schnell reagieren (vgl. FRÖHLICH 2004, S. 185). Ein flexibles Handeln, das ebenfalls eine Anpassungshandeln beschreibt umfasst, durchzuführende Tätigkeiten und Kommunikation an die Bedürfnisse der Bewohner sowie an die Arbeitsorganisation anzupassen, flexibel auf Bewohnerwünsche und Verhaltensweisen zu reagieren, sich Zeit zu nehmen und zu warten, bis der Bewohner eine Pfllegetätigkeit durchgeführt hat. Flexibilität und Anpassungsfähigkeit kennzeichnet aber auch, durchzu-

führende Handlungen an andere Mitarbeiter zu übergeben und abzugeben, weil die Mitarbeiter mit Zwischenfällen konfrontiert werden oder dringlichere Aufgaben erledigen müssen.

Die Planungs- und Organisationsfähigkeit und die Flexibilität und Anpassungsfähigkeit werden der fachlich-methodischen Kompetenz zugeordnet, da dieser Kompetenzbereich nach EVERSHEIM (1997) u. a. eine Fähigkeit einbezieht, sich flexibel an die Veränderung von Arbeitskontexten anzupassen (vgl. ebd., S. 72) sowie Fähigkeiten zur Kenntnis und Anwendung von organisatorischen Prozessen, zur Planung, Steuerung, Kontrolle und Reflexion von Handlungen und Abläufen umfasst (vgl. QUEM 2003, S. 12; ARNOLD ET AL. 2004, S. 30).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die in den Interviews ermittelten Fähigkeiten, (Fach)Wissen anzuwenden durch die Beobachtungen zum größten Teil bestätigt werden. Allerdings werden auch Abweichungen in den Interviews und Beobachtungen im Zusammenhang mit der Fähigkeit, aktivierende Pflege und Selbstpflege zu ermöglichen ersichtlich: In den Interviews berichten die Mitarbeiter, dass sie über dieses Fachwissen verfügen, es aber oftmals aus Zeit- oder Bequemlichkeitsgründen (vor allem bei der Körperpflege) nicht anwenden. Darüber hinaus wird beobachtet, dass die Mitarbeiter die Körperpflegehandlungen der Bewohner übernehmen und die Ambitionen der Bewohner, sich selbst zu waschen, teilweise ignorieren. Das kann einerseits am zeitlichen Druck liegen, an der Arbeitsorganisation, die vorsieht am Abend die Kleidung bereitzulegen, oder an der nicht durchgeführten Bezugspflege bei der morgendlichen Grundpflege: Die Mitarbeiter wecken und waschen morgens alle Bewohner, da keine Zeit bleibt, Bewohner zu aktivieren und zu mobilisieren, sich selbst zu pflegen. Andererseits kann die fehlende Ermöglichung und Anwendung der aktivierenden Pflege und Selbstpflege der Bewohner auch damit begründet werden, dass die Körperpflege von den Mitarbeitern so routiniert durchgeführt wird, dass die Bewohner dabei automatisch „übergangen“ werden. Auf diesen Aspekt verweisen auch die Befunde der Interventionsgerontologie. Sie stellen dar, dass das soziale Umfeld von älteren Menschen (z. B. das Altenpflegeheim) dazu tendiert, unselbständiges Verhalten älterer Menschen zu unterstützen und zu bestärken und selbständiges Verhalten zu ignorieren (vgl. OSWALD ET AL. 1991, S. 288).

Die Fähigkeit Intimsphäre zu beachten, die in den Interviews im Zusammenhang mit der Fähigkeit zur Wahrnehmung im Critical Incident „Intimsphäre (Nr. 25)“ ermittelt wird, kennzeichnet eine fehlende Wahrnehmung und eine Missachtung der Intimsphäre der Bewohner. Bei der Beobachtung sind weitere Aspekte, die Intimsphäre nicht zu beachten, aufgefallen: Geöffnete Badtüren während Bewohner die Toilette benutzen, geöffnete Zimmertüren während der Körperpflege und Toilettengänge der Bewohner im Beisein der Mitarbeiter. Die Missachtung der Intimsphäre und die fehlende Fähigkeit, Intimsphäre zu beachten kann möglicherweise auf eine tiefe Hemmschwelle bei den Bewohnern und auch bei den Mitarbeitern zurückgeführt werden, die wiederum aus verschobenen Schamgrenzen der Mitarbeiter und Bewohner resultieren: Die Bewohner müssen sich daran gewöhnen, dass sie von zunächst fremden Menschen gepflegt, gewaschen und auf Toilette begleitet werden, das bewirkt anfängliche Scham. Im späteren Beziehungsprozess gewöhnen sich beide Seiten an die Tätigkeiten und Schamgrenzen verschieben sich, Hemmschwellen sinken und es kommt vor, dass es für den Bewohner und den Mitarbeiter selbstverständ-

lich erscheint, dass der Mitarbeiter während des Toilettengangs des Bewohners daneben steht und wartet oder Türen geöffnet bleiben. Eine weitere Frage stellt sich dann, warum verschieben sich Schamgrenzen und sinken Hemmschwellen? Wagt der Bewohner nicht zu äußern, dass der Mitarbeiter das Bad verlassen soll oder hat er Hemmnisse dem Mitarbeiter mitzuteilen, dass die Tür geschlossen werden soll? Oder liegt es einfach daran, dass der Bewohner übergangen wird, weil er sich sowieso nicht mehr äußern kann?

Die Fähigkeit Individualität zu beachten wird in den Interviews im Zusammenhang mit Verhaltensweisen, Meinungen und Entscheidungen der Bewohner zu beachten beschrieben. In den Beobachtungen wird deutlich, dass diese (Handlungs-)Fähigkeit bestätigt werden kann. Es werden auch Aspekte eines selbstbestimmten Entscheidens und Handelns der Bewohner im Zusammenhang mit der Auswahl der Kleidung und der Bettruhe beobachtet. Dabei kann jedoch festgestellt werden, dass die Selbstbestimmung und die Fähigkeit Individualität zu beachten bei dementen Bewohnern nicht unterstützt wird. Das kann auf das Erkrankungsbild und eine eingeschränkte Kommunikation mit dementen Bewohnern zurückgeführt werden. Die Mitarbeiter (be-)fragen diese Bewohner nicht nach ihrem Einverständnis oder zur Auswahl von Kleidungen, da demente Bewohner größtenteils diese Entscheidungen nicht mehr treffen und/oder mitteilen können.

Die Ergebnisse der Interviews zur Planungs- und Organisationsfähigkeit sowie zur Flexibilität und Anpassungsfähigkeit können auch durch die Beobachtungen bestätigt werden. Die Mitarbeiter stellen sich flexibel auf Zwischenfälle im Arbeitsalltag ein und führen oftmals mehrere Tätigkeiten parallel durch. Die Arbeitsabläufe sind funktional organisiert, so dass die Mitarbeiter des Pflgeteams häufig Handlungen für alle Bewohner durchführen, wie Spritzen, Medikamente austeilen, Inkontinenzmaterialwechsel. Allerdings beeinträchtigt diese funktionale Arbeitsorganisation die Umsetzung des Bezugspflegekonzeptes. Zeitliche Kapazitäten, die durch die Arbeitsorganisation oder personalplanerische Entscheidungen entstehen, werden nur indirekt (z. B. für die Bearbeitung der Pflegedokumentation) mit Blick auf den Bewohner kompensiert.

Für die Fähigkeit aktivierende Pflege und Selbstpflege zu ermöglichen, die Fähigkeit Intimsphäre zu beachten und die Fähigkeit Individualität zu beachten, die nicht vorhanden sind bzw. nicht angewendet werden, können mögliche Motive der Mitarbeiter in den Kategorien „stereotype Bewohnerbilder“ (vgl. 8.6.2.2) und „konzeptionelle Dimension der Pflegequalität“ (vgl. 8.6.2.3) abgeleitet werden: Die Mitarbeiter betrachten das Altenpflegeheim als Familie, sie leben und arbeiten mit den Bewohnern und sie vergleichen die Bewohner mit Kindern. Aufgrund des Erklärungsversuchs, das die Mitarbeiter die „Elternrolle“ und die Bewohner die „Kinderrolle“ in der „Familie Altenpflegeheim“ übernehmen, wird nachvollziehbar, warum die Mitarbeiter beispielsweise neben dem Bewohner stehen, wenn dieser die Toilette benutzt. Diese Verhaltensweisen sind vermutlich auch bei Müttern zu beobachten. Die Eltern legen ihren Kindern möglicherweise die Kleidung für den nächsten Tag bereit, so wie es auch im Altenpflegeheim beobachtet wird. Demnach unterstützen die analysierten Unterkategorien „Familie Altenpflegeheim“ und der Stereotyp „Verkindlichung der Bewohner“ die Kategorisierung (vgl. 8.6.2.5 und 8.6.2.2).

#### **8.6.1.5 Das Kompetenzmodell der Handlungskompetenzen von Pflegekräften zu Beginn der Qualitätsentwicklung**

Auf Grundlage der Ergebnisse der ersten Erhebungsphase kann ein Kompetenzmodell konstruiert werden, das die ermittelten Kompetenzbereiche und die (Handlungs-)Fähigkeiten der Pflegekräfte eines exemplarischen Altenpflegeheims zu Beginn der Qualitätsentwicklung abbildet (vgl. Abbildung 8-2).

Weiterhin können aus dem empirischen Material Fähigkeiten in allen Kompetenzbereichen ermittelt werden, über die die Mitarbeiter verfügen bzw. die vorhanden sind und Fähigkeiten, die bei den Mitarbeitern nicht vorhanden sind bzw. die ihnen fehlen und die möglicherweise durch die Qualitätsentwicklung verändert bzw. weiterentwickelt werden. Generell kann festgestellt werden, dass sich die (Handlungs-)Fähigkeiten untereinander wechselseitig ergänzen, aufeinander beziehen und generell nicht isoliert angewendet werden. Vor dem Hintergrund dieser Erkenntnis wird deutlich, dass sich eine klare Abgrenzung der Handlungsfähigkeiten und eine Zuordnung in die ermittelten Kompetenzbereiche als schwierig erweist. Dennoch wurde diese Abgrenzung in den vorliegenden Darstellungen unternommen und durch entsprechende Begründungen der Zuordnungen erläutert.

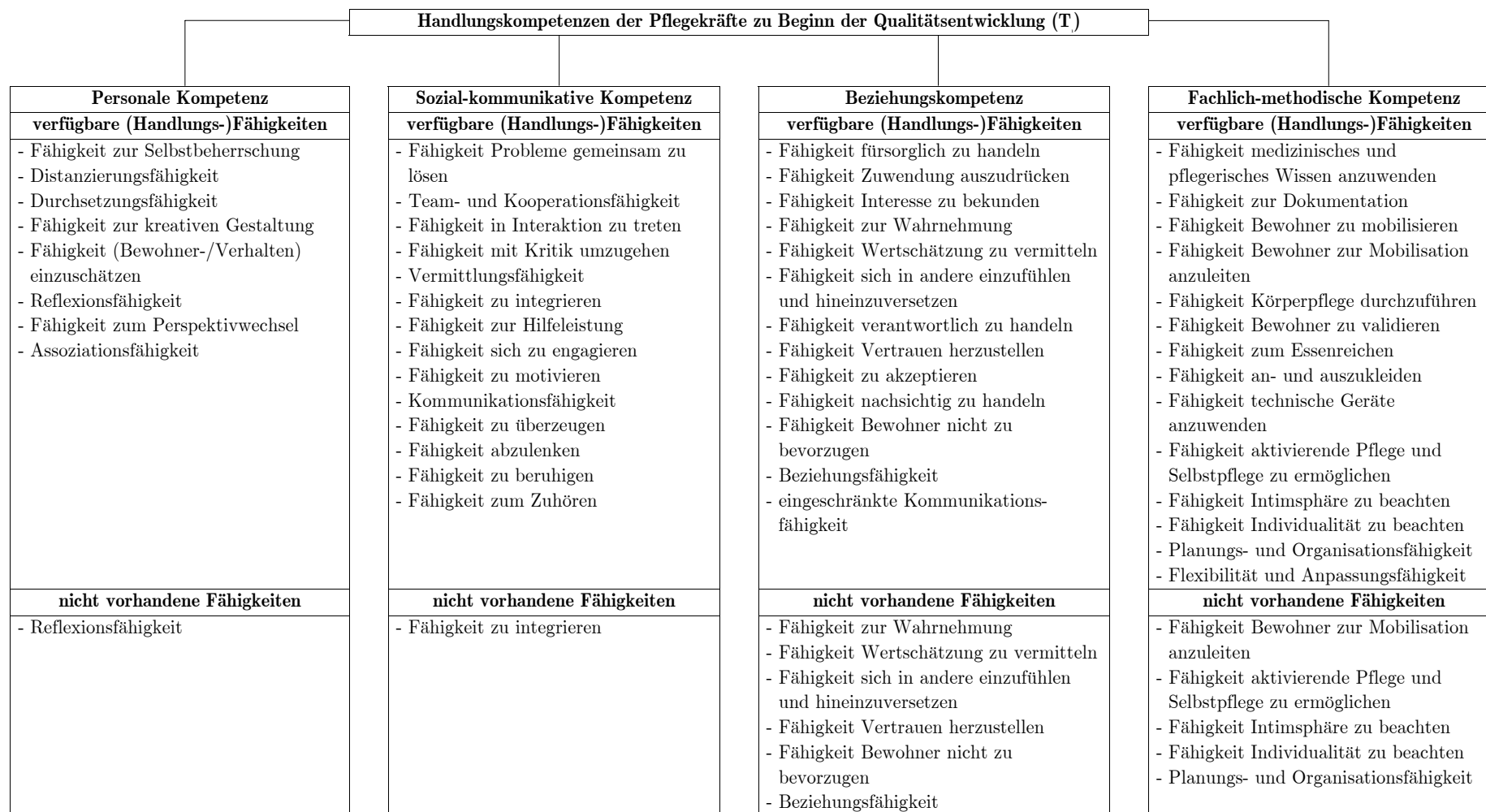


Abbildung 8-2: Kompetenzmodell Handlungskompetenzen der Pflegekräfte zu Beginn der Qualitätsentwicklung

### 8.6.2 Exkurs zum Heimkontext

Die folgenden Ergebnisdarstellungen beziehen sich auf die entwickelten Kategorien der inhaltsanalytischen Auswertung der Interviews (vgl. 8.5.1) sowie auf die Beobachtungsschwerpunkte der teilnehmenden Beobachtung: Organisationsstrukturen, Struktur des Arbeitstages und Arbeitsabläufe im untersuchten Altenpflegeheim. Folgende entwickelte Kategorien werden anschließend ausgewertet:

- ~ Berufsbiographie
- ~ Stereotype Bewohnerbilder
- ~ Vier Dimensionen der Pflegequalität
- ~ Einflüsse auf die Pflegequalität

#### 8.6.2.1 Berufsbiographie

Im Rahmen der Analyse der Interviews werden zwei für den Altenpflegeberuf typische berufsbiographische Kontexte festgestellt. Einerseits sind Pflegekräfte in diesem Altenpflegeheim tätig, die einen pflegerischen oder erzieherischen Grundberuf erlernten und andererseits sind Altenpflegekräfte beschäftigt, die vor der Ausübung dieses Berufes in einem anderen Berufszweig ausgebildet wurden und tätig waren.

Etwa die Hälfte (10 Personen) der insgesamt 21 befragten Experten und Pflegekräfte erlernten einen pflegerischen oder medizinischen Grundberuf, wie beispielsweise Krankenschwester/-pfleger, Facharbeiter für Krankenpflege, Kinderpfleger, Krankenpflegehelfer, Kinderkrankenschwester, Zahnarzthelfer, Heilerziehungspfleger, Krippenerzieher, und übten diesen Grundberuf durchschnittlich 19 Jahre aus. Der Wechsel des Berufes wird überwiegend mit der Kindererziehung und dem Wiedereinstieg in den Beruf sowie mit der Arbeitssituation nach der Wende in der ehemaligen DDR begründet. Die befragten Personen orientierten sich beruflich neu, verfügten aber bereits über eine entsprechende pflegerische bzw. medizinische Grundausbildung und Berufserfahrung und waren somit für den Altenpflegebereich qualifiziert.

Die Reformbemühungen zur Vereinheitlichung der Ausbildung und Prüfung von Altenpflegern erfolgte 1985 durch eine Rahmenvereinbarung<sup>84</sup>, die fachliche Voraussetzungen und Qualifikationen für den Berufszweig gesetzlich festlegte. Nach der Wende 1990 nahmen zahlreiche Menschen im Rahmen von Umschulungen und ABM (Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen) an einer Ausbildung bzw. Weiterbildung zum Altenpfleger teil. In diesem Zusammenhang steht der zweite berufsbiographische Kontext der interviewten Mitarbeiter. Die anderen befragten Experten und Pflegekräfte (11 Personen) stammen aus pflegefremden Berufszweigen, wie beispielsweise der Metall- und Baubranche, der Holzverarbeitung, der Textilbranche, dem Kaufmännischen Bereich, dem Hotel- und Gastgewerbe sowie der Landwirtschaft. Diese Mitarbeiter orientierten sich nach der Wende 1990 beruflich gänzlich neu um, da teilweise ihre erlernten Berufe nicht mehr existierten oder sie aus gesundheitlichen Gründen oder aufgrund von Erwerbslosigkeit ihren bisherigen

---

<sup>84</sup> Die Vereinheitlichung der Altenpflegeausbildung durch den Entwurf eines Altenpflegegesetzes (AltPflG) erfolgte 1999, in Kraft trat das AltPflG am 1.8.2003.

Beruf nicht mehr ausüben konnten. Diese Mitarbeiter absolvierten im Rahmen von Umschulungen die Ausbildung zum Altenpfleger oder Pflegehelfer.

Inwiefern sich der berufsbiographische Kontext des Altenpflegers auf die Ausprägungen der (Handlungs-)Fähigkeiten auswirkt, wird in dieser Arbeit nicht eingehender untersucht. Dieser Aspekt stellt möglicherweise ein interessantes Themenfeld dar, das in weiteren bzw. anknüpfenden Untersuchungen thematisiert und erforscht werden kann.

### 8.6.2.2 Stereotype Bewohnerbilder

Aus den Interviewaussagen lassen sich verschiedene Stereotype der Bewohner ableiten, die im Folgenden vorgestellt werden. Dabei kristallisieren sich diese Stereotype anhand der von den Pflegekräften beschriebenen Persönlichkeitsmerkmale und Verhaltensweisen der Bewohner im Arbeitsalltag sowie im Zusammenhang mit dem Arbeitsablauf der Mitarbeiter heraus.

#### Der angepasste Bewohner

Der angepasste Bewohner wird als „friedlich“ und „ruhig“ beschrieben, der sich nicht mit anderen streitet. Er muss bei Heimeintritt viel Neues dazulernen, seine bisherigen Lebensgewohnheiten umstellen und sich den Gegebenheiten in der Einrichtung anpassen: *„eigentlich müssen die Heimbewohner viel über sich ergehen lassen und lernen praktisch im Alter noch. Die passen sich an, die stellen sich um“* (26, 72).

Die Bewohner selbst bestätigen dieses Bild von sich. Aufgrund des „Heimatverlustes“ und des Verlustes der Kontakte zum bisherigen Wohnumfeld verlieren sie freizeitliche Interessen und passen sich an das Leben im Altenpflegeheim an: *„Wir sind eigentlich ungerne gekommen. Na wenn man die Heimat verliert. [...] Und das tut noch tüchtig weh, wenn man kein zu Hause mehr hat. Wissen Sie, die ganze Atmosphäre fehlt mir, die ich zu Hause hatte. Das ist alles hier nicht der Fall. [...] wir sind früher überall gewesen, wo was los war. Das ist schlagartig jetzt, durch den Auszug ist das schlagartig jetzt zurückgegangen. Auch mit dem Fernsehen, man kann ja Fernsehen, interessiert uns nicht mehr.“* (20, 12-17; 74).

Dieses Bild von einem angepassten Bewohner entspricht möglicherweise den Idealvorstellungen der Mitarbeiter im Hinblick auf die Organisation und Durchführung ihrer Tätigkeiten, da der angepasste Bewohner keinen „Widerstand“ leistet oder zusätzlichen Arbeitsaufwand bewirkt und immer friedlich den Forderungen der Pflegekräfte nachkommt.

#### Der abhängige und uneigenständige Bewohner

Bei Heimeintritt verliert ein Teil der Bewohner seine Individualität. Die Tätigkeiten und Beschäftigungen, die die Bewohner bisher zu Hause durchführten, sind dem Pflegepersonal selten bekannt, zum Teil sind diese Interessen selbst den Angehörigen der Bewohner nicht geläufig. Zwar werden eigene Möbelstücke und Gegenstände der Bewohner im Heim aufgestellt, aber individuelle Aktivitäten vernachlässigt. Das kann dazu führen, dass die Bewohner abhängig und uneigenständig werden. Eine Pflegekraft vergleicht die Bewohner im Altenpflegeheim mit Bewohnern in einem „Feierabendheim“ zu DDR-Zeiten: *„die alten Leute waren damals auch noch sehr eigenständig also nicht ganz so, wie soll ich sagen, die*

*haben sich selber noch so viel gekümmert. Die waren das einfach nicht gewöhnt, sich von bestimmten Sachen groß abhängig zu machen.*“ (17, 6).

Dieses Bewohnerbild entspricht vermutlich ebenfalls einem annehmbaren Idealtypus der Pflegekräfte, da dieser Bewohner von den Pflegekräften abhängig ist und von ihnen unterstützt werden muss. Die Fähigkeit der Bewohner, sich selbst zu pflegen und zu organisieren wird nach Angaben der Mitarbeiter aktiviert und gefördert. Diese Aussagen können jedoch durch die Beobachtungen nicht bestätigt werden. Die Mitarbeiter stellen nach außen dar, dass der Bewohner gefördert und gefordert werden sollte, um sich unabhängig und eigenständig zu verhalten, aber dies wird nicht umgesetzt, da es mit einem zu hohen Arbeits- u. Zeitaufwand der Pflegekräfte verbunden ist. Demzufolge wird der abhängige und uneigenständige Bewohner durch die Pflegekräfte versorgt und gepflegt, da eine gezielte Aktivierung und Mobilisation den Verlust der Abhängigkeit des Bewohners vom Mitarbeiter bedeutet und somit eine Anpassung der Pflegekräfte an den Bewohner erfordert.

### **Der Einzelgänger**

Bewohner als Einzelgänger *„wollen immer nur für sich sein.“* (18, 32), fühlen sich einsam und ziehen sich zurück. An den Aussagen der Bewohner wird dieser Stereotyp besonders deutlich: *„Mir gefällt es nicht. Einsam. Es war für uns zu schnell die Wohnung aufzugeben. Wir haben gedacht in einem Jahr. Derweilen war das in 14 Tagen erledigt. [...] die ganze Atmosphäre fehlt mir, die ich zu Hause hatte. Das ist alles hier nicht der Fall.“* (20, 17-20).

Auch körperliche Einschränkungen, wie Schwerhörigkeit oder ein schlechtes Sehvermögen führen dazu, dass sich die Bewohner zurückziehen *„Na ja manche die sitzen nun bloß hier draußen auf den Stühlen und gucken wo jemand her kommt und unterhalten sich mal. Aber ich meine man kann sich nicht viel unterhalten. Die meisten sind schwerhörig, da muss man zwei-, dreimal reden, bis die was verstehen.“* (21, 23).

In diesem Kontext der Einsamkeit und des Rückzugs werden die Bewohner nicht selten von den Mitarbeitern bemitleidet: *„die wollen in Ruhe gelassen werden, obwohl die ja auch nur, die sitzen ja nur da. Das ist schon traurig.“* (10, 78). *„Weil die mir auch so Leid tun und wenn ich das so sehe, wenn die in den Mahlzeiten so dahinsiechen, sage ich mal so“* (5, 6).

Der Einzelgänger verursacht vermehrten Arbeitsaufwand, er muss in die Gemeinschaft integriert werden, er muss motiviert und beschäftigt werden. Weiterhin müssen die Mitarbeiter in regelmäßigen Kontrollgängen nach diesen Bewohnern schauen und mit ihnen häufiger sprechen, um diese Bewohner zu motivieren und umzustimmen. Gesellige Bewohner dagegen beschäftigen sich selbständig, indem sie sich mit anderen Bewohnern unterhalten und den Pflegekräften auch Arbeit abnehmen, weil sie neue Bewohner in die bestehende Gemeinschaft integrieren.

### **Die „Verkindlichung“ der Bewohner**

Der Stereotyp, den Bewohner als Kind zu betrachten und zu behandeln bezieht sich ebenfalls auf körperliche und geistige Einschränkungen der Bewohner, vor allem im



Zusammenhang mit der Erkrankung Demenz. Hierbei werden Bewohner mit Kindern verglichen, die sich aufgrund ihres geistigen Abbaus die Namen der Pflegekräfte und den eigenen Namen nicht mehr merken können: *„die sind ja, normalerweise sind das ja wie Kinder. An seinen Vornamen kann man sich vielleicht noch besser erinnern als an seine verheirateten Familiennamen.“* (16, 58).

Weiterhin kann anhand der Interviews festgestellt werden, dass die Pflegekräfte ihre Arbeit sowie die Pflege und Betreuung der Bewohner mit einer „Kindergartenbetreuung“ gleichsetzen: *„Manchmal könnte man denken, man ist hier wie in so einem Kindergarten, wo man kleine Kinder praktisch jetzt hier aber vom Nassen ins Trockene haben will. Hier sind ja die Heimbewohner, die nass werden. Man will sie auch trocken haben, aber Kinder zum Beispiel setzt man ja auf den Topf, praktisch das man sie jetzt weg haben will von der Windel. Hier ist es ja nun so, durch die Gebrechlichkeiten der Leute, der Schließmuskel, nicht geht mehr und die lassen da nun halt mal das Wasser, funktioniert nicht mehr. Muss man denen beibringen das jetzt praktisch wir eine Windel, Windel dürfen wir ja nicht sagen, aber das Inkontinenzmaterial anlegen.“* (26, 55).

Der Vergleich von Bewohnern mit Kindern lässt ein abwertendes Bild der Pflegekräfte vom Bewohner erkennen. Bewohner werden nicht als individuelle erwachsene Menschen betrachtet, sondern als unmündige Kinder. Unter diesem Aspekt kann eine mögliche Erklärung für einige der ermittelten fehlenden Kompetenzen gefunden werden: Sich dem Bewohner nicht wertschätzend gegenüber zu verhalten und seine Wünsche und Person zu missachten, fällt den Mitarbeitern leichter, wenn sie im Bewohner das „unfähige Kind“ sehen, dass eine „Windel“ tragen muss und sich nicht mehr an seinen Namen erinnert. Es fällt den Mitarbeitern nicht auf, dass sie die Intimsphäre der Bewohner beim Waschen und Toilettengang missachten, da eine Mutter möglicherweise auch wartend neben dem Kind steht, wenn dieses die Toilette benutzt, die Kleidung aussucht und es anzieht. Die Gründe für dieses Verhalten sind im Zeitaufwand und der Dauer der Handlungen zu sehen: Die Anleitung zur Selbstpflege und zur Durchführung selbständiger Handlungen sowie das eigenständige An- und Auskleiden und Waschen der Bewohner ist zu zeitaufwändig. Anhand des Stereotyps „Verkindlichung“ der Bewohner wird somit eine Erklärung für das Verhalten der Mitarbeiter und den Zusammenhang zu den ermittelten fehlenden Handlungsfähigkeiten im Bereich der Missachtung der Individualität, Missachtung der Intimität, der fehlenden Wertschätzung und der fehlenden Selbstpflege erkennbar.

### **Der Bewohner als Kunde**

Im Gegensatz zum Stereotyp „Verkindlichung“ der Bewohner wird auch ein Bewohnerstereotyp eines „Kunden im Hotel“ beschrieben: *„Im Prinzip sehe ich das ja, wie soll ich denn sagen, nicht das ich jetzt einen Kunden bediene, aber er hat ja irgendwo das Recht auch, dass er ordentlich versorgt wird und so“* (26, 26).

Der Bewohner kennt seine Rechte, er weiß, welche Leistungen er im Rahmen seiner Pflegestufe bezahlt und fordert diese auch vom Pflegepersonal ein: *„Die sagen: Die kriegt das und ich bezahle genau so und ich möchte das auch so haben. Die denken teilweise, die sind im Hotel. Sie werden versorgt von früh bis abends. Und in der Nacht ist es genau das gleiche.“* (3, 36).

Diese Bewohner entsprechen nicht den Idealvorstellungen der Pflegekräfte, da sie einerseits das Budget des Materialverbrauchs strapazieren, sie bevorzugen, obwohl sie die Toilette benutzen können, das Inkontinenzmaterial *„die wissen genau, wenn sie auf die Toilette müssen, aber die machen eben vorzugsweise in die Pampers und dann wollen die eine neue haben.“* (6, 156).

Diese Bewohner verursachen vermehrten Arbeitsaufwand, weil sie häufiger klingeln, die Mitarbeiter nach ihnen schauen müssen, sie auf Toilette begleiten und ihnen behilflich sein müssen. Der Stereotyp „Der Bewohner als Kunde“ wird als „unzufrieden“, „meckernd“ und „schwierig“ charakterisiert, da sich diese Bewohner nicht anpassen und friedlich verhalten, sondern ihre Rechte einfordern und damit als „belastend“ von den Mitarbeitern empfunden werden.

Aus dem Datenmaterial der Interviews und Beobachtung können weiterhin **vier Dimensionen der Pflegequalität** mit charakterisierenden Aspekten analysiert werden, die anschließend aufgezeigt und erläutert werden:

- ~ die strukturelle Dimension mit den Aspekten Struktur, Management und Arbeitsorganisation
- ~ die subjektbezogene Dimension mit den Aspekten Pflegekraft und Bewohner
- ~ die konzeptionelle Dimension mit dem Bestandteil Pflegekonzepte
- ~ die soziologische Dimension mit der Ausprägung Team

### 8.6.2.3 Die strukturelle Dimension der Pflegequalität

Die Kategorie strukturelle Dimension der Pflegequalität zeigt den Zusammenhang der Pflegequalität mit strukturellen Konzepten der Arbeitsorganisation und den Konzepten des Managements auf, die mit ihren wesentlichen Merkmalen nachfolgend erläutert werden.

#### Konzept einer strukturierten Arbeitsorganisation

Einen bedeutenden Aspekt der strukturellen Dimension der Pflegequalität stellt die Arbeitsorganisation dar. Die Arbeitsabläufe der Mitarbeiter und die Pflege und Betreuung der Bewohner sind stark strukturiert. Diese strukturierte Arbeitsorganisation ermöglicht es den Mitarbeitern und den Experten, ihre Arbeit organisiert und vorausschauend durchzuführen und auch für den Kollegen im Wohnbereich mitzudenken: *„Dass man weiß was ist gefordert und wie soll es auch eigentlich übertragen werden“* (4, 27). *„Dass es nicht zu Engpässen kommt, also vorhersehbare, also was man abstellen könnte“* (2, 42).

Weiterhin soll die strukturierte Arbeitsorganisation *„eine bessere Organisation fürs Haus und somit eine bessere Pflegequalität und Servicequalität für die Bewohner“* (2, 20) gewährleisten und eine Orientierung der Mitarbeiter ermöglichen. Die Mitarbeiter beachten die Regeln des Hauses, um die vereinbarte Pflegequalität in der Ausübung ihrer Tätigkeiten zu erreichen.

Für die Leitung scheint die Arbeitsstruktur zudem ein Lenkungs- und Kontrollinstrument darzustellen: *„Die Mitarbeiter kriege ich oftmals konkreten oder immer mit einer konkreten Zielstellung besser hin, es ist abrechenbarer, greifbarer für den Mitarbeiter, der dann*

*weiß, was er machen muss, was erwartet wird. Und ich kann das Ergebnis besser analysieren, auch greifbarer.“ (2, 136).*

Zu einer gut organisierten Arbeit gehört es nach Aussagen der Pflegekräfte, die Arbeit zu planen, Pflegepläne zu erstellen und die angefangene Tätigkeit zu Ende auszuführen, um den Überblick zu behalten: *„im größten Stress wirklich sage, „Nein, ich muss das jetzt hier zu Ende machen.“ Ich kann nicht mittendrin wegrennen und das alles bloß halb... Also daran erkenne ich dann schon, na ja, hier wird sorgsam gearbeitet oder nicht.“ [...] (3, 26).*

Anhand der Aussagen der Mitarbeiter wird Organisieren auch mit dem eigentlichen Handlungs- und Arbeitsablauf bewohnerbezogener Tätigkeiten unter Beachtung der täglichen Gegebenheiten verknüpft: *„der Rhythmus muss immer gleich bleiben, bei alten dementen Leuten“ (17, 16). „Den ganzen Ablauf im Dienst, das das erfüllt wird. Vielleicht auch mal ein bisschen mehr Zeit für den Heimbewohner, das man das raus schinden kann.“ (26, 22).*

An der strukturierten Arbeit orientieren sich auch die Bewohner, die nach einem gegliederten und strukturierten Tagesablauf im Altenpflegeheim leben. Störungen, Zwischenfälle oder Abweichungen von alltäglichen Strukturen werden von den Bewohnern sofort registriert. So kann es z. B. vorkommen, dass sich die Bewohner von neuen Schülern oder Praktikanten nicht pflegen lassen. Weiterhin entsteht der Eindruck einer wechselseitigen Abhängigkeit und Anpassung der Organisationsstrukturen an die Bewohnergewohnheiten. Das bedeutet einerseits, dass die Arbeitsorganisation die Lebensgewohnheiten der Bewohner beeinflusst und andererseits, dass die Mitarbeiter ihre Arbeit an die Gewohnheiten der Bewohner anpassen. Änderungen und Verbesserungen in der Arbeitsorganisation werden gewissermaßen vom Bewohner abhängig gemacht, wobei dieser Aspekt von den Mitarbeitern aber auch als Argument gegen organisationale Änderungen verwendet wird: *„Klar wir können auch noch was verbessern, aber es ist immer abhängig vom Heimbewohner, will ich sagen. Wie der das auch annimmt. Man kann Pläne erstellen, ob man die durchsetzen kann, das weiß man nicht.“ (26, 61).*

### **Heterogener Pflegealltag**

Einen besonderen Aspekt der strukturierten Arbeitsorganisation stellt der heterogene Arbeitsalltag dar, der einerseits durch ähnlich strukturierte, organisierte und alltäglich wiederkehrende Tätigkeiten gekennzeichnet ist. Andererseits werden wiederholt Zwischenfälle des Pflegealltags beschrieben, die den beruflichen Alltag charakterisieren. Anhand der Interviewaussagen ist der Pflegealltag durch Heterogenität in der Arbeitsatmosphäre, im Lebensrhythmus und durch Zwischenfälle gekennzeichnet. Dabei stellt fast ausschließlich der Bewohner den Anlass für eine Differenziertheit des Pflegealltags dar.

Beschrieben werden entspannte ruhige Arbeitsatmosphären aber auch ein unangenehmer, hektischer Alltag anhand von ungeplanten Zwischenfällen, die durch den Bewohner verursacht werden: *„wenn man [...] rein kommt ins Haus und, also oben auf die Station und dann ist Ruhe und Frieden und die Leute sitzen da, eben so entspannt und die zanken sich halt nicht über so Banalitäten, wo sie sich manchmal in die Haare kriegen.“ (9, 52) „Sie können einen miesen Tag erwischen, wo es total hektisch zugeht und Streit ist“ (9,*

52), „Wenn eben dann irgendwelche Zwischenfälle sind, da hat mal jemand einen Durchfall oder es hat mal jemand gebrochen“ (8, 43).

Den heterogenen Arbeitsalltag kennzeichnen neben ruhigen Arbeitsatmosphären und Zwischenfällen auch die gesundheitlichen Zustände der Bewohner. Körperliche Verbesserungen der Bewohner, beispielsweise nach einem Schlaganfall, aber auch körperlicher und geistiger Abbau, Sterben und Tod werden als „Rhythmus eines Altenpflegeheims“ herausgestellt: *„Ich meine es ist nun mal, so hart, wie es klingt, der Rhythmus in so einem Pflegeheim oder Altenpflegeheim.“* (5, 42). Dabei wird der Lebensrhythmus der Bewohner im Altenpflegeheim durch ihre körperliche und geistige Verfassung mitbestimmt und endet fast ausschließlich mit dem Tod. In seltenen Fällen, zumeist nur, wenn es sich um vorübergehende Kurzzeitpflege oder Rehabilitationsmaßnahmen bei den Menschen handelt, kehrt ein Bewohner in seine häusliche Umgebung zurück.

Auch in den Beobachtungen wird neben der heterogenen, strukturierten Arbeitsorganisation erkennbar, dass die Mitarbeiter flexibel auf Zwischenfälle reagieren müssen. Dabei sind die pflegerischen Tätigkeiten oftmals durch unvorhersehbare und ungeplante Zwischenfälle gekennzeichnet: begonnene Tätigkeiten werden an andere Mitarbeiter weitergegeben, weil z. B. einer Bewohnerin ein Zopf von einer bestimmten Pflegekraft gebunden wird. Andere Zwischenfälle sind „angemeldet“ bzw. geplant: Neben einer Hygienekontrolle und einer MDK-Einstufung führt der Zahnarzt eine Sprechstunde im Wohnbereich durch, um alle Bewohner zu untersuchen. Nach Angaben der Mitarbeiter werden diese Arbeitstage als anstrengend beurteilt, wobei anhand der Beobachtungen der Eindruck entsteht, dass die Mitarbeiter diese (un-)organisierten Dienstzeiten arbeitsorganisatorisch improvisierend bewerkstelligen.

### **Funktionelle Arbeitsteilung**

Einen weiteren Aspekt bzw. eine Unterkategorie der Arbeitsorganisation und -struktur stellt die beobachtete funktionelle Arbeitsteilung dar. Dabei wird der Wohnbereichsleitung (WBL), eine besondere Funktion zugeschrieben. Die WBL übernimmt vor allem organisierende Tätigkeiten und die Behandlungspflege der Bewohner. Ist die WBL nicht zum Dienst eingeteilt, wird eine Pflegefachkraft bestimmt, die in ihrem Dienst die Funktion der „Wohnbereichsverantwortlichen“ übernimmt. Diese Person steht als Ansprechpartner für FSJ-ler, Auszubildende und Pflegehilfskräfte zur Verfügung und verteilt die Aufgaben an das Pflgeteam. Die WBL kontrolliert alle Abläufe, sie organisiert und behält den Überblick. Sie beachtet beispielsweise, wann die Bewohner aufstehen und frühstücken, da Diabetiker vor dem Frühstück gespritzt werden. Die ihr zugeteilten Funktionen basieren zum Teil auf einer organisatorischen Erfahrung, z. B. ist es bereits vorgekommen, dass ein Bewohner nicht vor dem Frühstück gespritzt wurde, weil diese Behandlungsmaßnahme von einer Pflegekraft vergessen wurde. Die Funktion der WBL kennzeichnet weiterhin, dass sie z. B. Körperpflege-Tätigkeiten beginnt, diese aber unterbricht, um die Diabetiker zu spritzen oder Telefonate mit Ärzten zu führen, und ihre Arbeit an einen anderen Mitarbeiter übergibt (vgl. Anlage 10, Beobachtungsprotokolle vom 17.11.05. und 18.11.05).

Ein weiteres Merkmal der organisatorischen Arbeitsverteilung besteht darin, dass die Mitarbeiterin nach Erledigung ihrer Tätigkeiten Weisungen erhalten bzw. nach Aktivität-

ten fragen. Grundsätzlich ist eine teamfreundliche Arbeitsorganisation zu erkennen. Diese wird darin erkennbar, dass sich die Pflegemitarbeiter untereinander unterstützen und Tätigkeiten abnehmen. Die Pflegekräfte erkundigen sich während ihrer Arbeit, ob z. B. dieser oder jener Bewohner schon „fertig gemacht“ sei und ob sie aushelfen können. Es scheint, als erleichtern diese internen Strukturen die Arbeitsorganisation (vgl. Anlage 10, Beobachtungsprotokoll vom 7.11.05).

Es werden zum Teil bestimmte Arbeitsschritte vorbereitet, die erst zu einem späteren Zeitpunkt ausgeführt werden, beispielsweise wird im Rahmen der Behandlungsrunde am Vormittag die Infusion mit der Sondennahrung bereitstellt, um sie zu einem späteren Zeitpunkt funktionstüchtig nur noch anzuschalten (vgl. Anlage 10, Beobachtungsprotokoll vom 7.11.05). Eine vorausschauende und funktionell orientierte Arbeitsorganisation wird zudem an folgendem Beispiel deutlich: Eine Bewohnerin, die für eine Besuchsanmeldung vom MDK zur Pflegeeinstufung vorgesehen ist, wird nach dem Frühstück gegen 9:30 Uhr ausgezogen und in Nachtwäsche ins Bett gelegt, die MDK-Einstufung sollte am Mittag stattfinden. Diese eher funktionell orientierte Arbeitsorganisation erfolgte in diesem Fall ohne Berücksichtigung der Wünsche der Bewohnerin (vgl. Anlage 10, Beobachtungsprotokoll vom 9.11.05). An dieser Stelle kann auch ein Zusammenhang zur Pflege der Bewohner hergestellt werden, die durch routinierte Handgriffe und eine weitestgehend fehlende Aktivierung zur Selbstpflege sowie eine fehlende konsequente Nutzung von Hilfsmitteln (Aufstehhilfen) gekennzeichnet ist. Als Gründe dafür können Zeitaufwand und fehlende Bedienungskenntnissen angegeben werden (vgl. Anlage 10, Beobachtungsprotokolle vom 7.11.05 und 9.11.05).

Weiterhin kennzeichnet die Arbeitsorganisation und Struktur, dass möglichst keine Freiräume oder zeitliche Lücken auftreten. Sofern Zeitkapazitäten entstehen, werden diese für die Pflegedokumentation genutzt. Da die Mitarbeiter immer beschäftigt sind bzw. eine Arbeit „finden“, kommt es in diesem Zusammenhang auch vor, dass klingelnde Bewohner warten müssen, da die Mitarbeiter mit der Pflege eines Bewohners beschäftigt sind (vgl. Anlage 10, Beobachtungsprotokoll vom 7.11.05).

#### ***Beobachteter Tagesablauf der Mitarbeiter<sup>85</sup>***

Für die Mitarbeiter beginnt der Arbeitstag 6:15 Uhr mit der Übergabe von der Nachtschicht. Dabei teilt der Mitarbeiter der Nachtschicht den Pflegekräften im Frühdienst folgende Schwerpunkte mit: Auffälligkeiten oder auch unauffälliges Verhalten von Bewohnern, durchgeführte Pflegetätigkeiten, wie beispielsweise Lagerungen in der Nacht, besondere Vorkommnisse, wie Bettstürze, Übelkeit oder Erbrechen. Die Übergabe dauert in der Regel 15 Minuten. Im Anschluss daran beginnt der eigentliche Dienst der Mitarbeiter und die Pflegekraft im Nachtdienst beendet ihre Nachtschicht (vgl. Anlage 10, Beobachtungsprotokoll vom 7.11.05).

Von 6:30 bis ca. 8:00 Uhr werden die Bewohner geweckt, gewaschen bzw. geduscht oder gebadet, angezogen und zum Aufenthaltsraum, der auch als Speiseraum genutzt wird,

---

<sup>85</sup> Die folgenden zusammengefassten Angaben basieren auf den Beobachtungsprotokollen der Autorin, vgl. Anlage 10.

begleitet. Bewohner die länger ausschlafen möchten, werden nicht bzw. zu einem späteren Zeitpunkt geweckt, hierbei berücksichtigen die Pflegekräfte die Wünsche der Bewohner. Je nach geistiger und körperlicher Verfassung, Krankheitsbildern und Pflegestufe übernehmen die Mitarbeiter die Körperpflege und das Ankleiden der Bewohner vollständig. Die Mitarbeiter leiten die Bewohner teilweise aber nicht kontinuierlich an. Während der Bewohner im Bad seine Gesichtspflege und Zahnpflege betreibt, richtet die Pflegekraft das Bett der Bewohner, öffnet die Gardinen und lüftet das Zimmer. Im Wohnbereich 1 leben zum Großteil Bewohner, die in ihren Handlungen noch verhältnismäßig selbständig sind und teilweise Unterstützung bei der Körperpflege benötigen. Im Wohnbereich 2 ist der Anteil an dementen und bettlägerigen Bewohnern größer, so dass hier vermehrt Handlungen der Körperpflege, des An- und Auskleidens, das Reichen von Speisen und Getränken von den Pflegekräften übernommen werden (vgl. Anlage 10, Beobachtungsprotokoll vom 7.11.05).

Vor dem Frühstück, gegen 7:30, werden die Diabetiker von einer Pflegefachkraft bzw. der WBL gespritzt und die Medikamente für die Bewohner an den Sitzplätzen im Speiseraum ausgeteilt. Ab 7:30 bis 8:30 Uhr stellen die Pflegekräfte das Frühstück im Speiseraum bereit und unterstützen Bewohner beim Essen. Wenn Bewohner ihr Frühstück später zu sich nehmen möchten, wird dieses aufgehoben und auch nach 8:30 Uhr angeboten. Während ein Großteil der Bewohner im Speiseraum frühstückt, reichen die Mitarbeiter den bettlägerigen Bewohnern das Frühstück am Bett. Auch unmobile Bewohner, die sich nur mit Hilfe von Rollstühlen oder anderer Unterstützung fortbewegen können, nehmen ihre Malzeiten im Speiseraum in der Gemeinschaft mit anderen Bewohnern ein (vgl. Anlage 10, Beobachtungsprotokoll vom 17.11.05).

Gegen 9:00 Uhr finden sich die Mitarbeiter zu ihrer Frühstückspause im Dienstzimmer ein. Dabei frühstücken die Mitarbeiter des Wohnbereichs 1 in zwei Gruppen, wohingegen im Wohnbereich 2 alle Mitarbeiter gemeinsam frühstücken. Nach der Pause der Mitarbeiter bzw. auch während eine Gruppe frühstückt, baden die Pflegekräfte einige Bewohner. Jeder Bewohner wird mindestens einmal wöchentlich gebadet oder geduscht, sofern er das möchte. Im Wohnbereich 2 waschen die Mitarbeiter nach ihrer Pause weitere bettlägerige Bewohner. Gegen 9:30 nehmen die Bewohner ein zweites Frühstück im Speiseraum oder in ihren Zimmern zu sich (vgl. Anlage 10, Beobachtungsprotokoll vom 7.11.05).

Gegen 10:00 Uhr werden die Bewohner von den Pflegekräften zur Beschäftigungsrunde ins Foyer des Hauses und in die Räumlichkeiten der Ergotherapie begleitet. Daran nimmt ein Großteil der Bewohner teil. Die Beschäftigung findet täglich bis 11:00 Uhr statt. Weiterhin werden gegen 10:00 die Behandlungen (Verbandswechsel), Lagerungen und pflegerischen Arbeiten, wie Wechsel von Inkontinenzmaterial durchgeführt, und bettlägerige Bewohner gebadet.

Zwischen 10:30 und 11:30 erfolgt das Spritzen der Diabetiker durch eine Pflegefachkraft, die alle an Diabetes erkrankten Bewohner vor dem Mittagessen spritzt. Weiterhin teilt ein Mitarbeiter die Medikamente zum Mittagessen an den Sitzplätzen der Bewohner im Speiseraum aus. Der Mitarbeiter, der 11:00 seinen Arbeitstag beendet, dokumentiert und signiert etwa im Zeitraum 10:30 bis 11:00 Uhr seine Handlungen in der Pflegedokumentation. Nach der Beschäftigung finden 11:00 Uhr Toilettengänge für die Bewohner statt, die

jetzt wieder auf den Wohnbereich zurückkommen (vgl. Anlage 10, Beobachtungsprotokoll vom 17.11.05).

Das Mittagessen wird 11:30 für die Bewohner im Speiseraum serviert. Die Mitarbeiter sind den Bewohnern, sofern diese Unterstützung benötigen, beim Essen- und Getränkereichen behilflich und reichen den bettlägerigen Bewohnern das Essen im Zimmer. Nach dem Mittagessen, gegen 12:15, werden alle Bewohner in ihre Zimmer begleitet, um sich mittags etwas auszuruhen. Die Mittagsruhe erfolgt bis ca. 14.00 (vgl. Anlage 10, Beobachtungsprotokoll vom 17.11.05).

Ab ca. 12:30 schaffen sich die Pflegekräfte zeitliche Freiräume, um diese intensiv für die Pflegedokumentation bis Dienstschluss zu nutzen. Das bedeutet, dass alle ausgeführten Tätigkeiten am und mit dem Bewohner abgezeichnet werden, Protokolle werden ausgefüllt beispielsweise Trink-, Ausfuhr-, Lagerungsprotokolle. Gegen 12:45, je nach Dienstbeginn der Mitarbeiter des Spätdienstes, erfolgt eine viertelstündige Dienstübergabe an den Spätdienst. Die Mitarbeiter, die in diesem Zeitraum zum Spätdienst kommen, baden gelegentlich Bewohner, die mittags nicht ruhen möchten. 13:00 oder 14:00 beenden die Mitarbeiter des Frühdienstes ihren Arbeitstag (vgl. Anlage 10, Beobachtungsprotokoll vom 9.11.05).

Entscheidende Unterschiede in der Tagesstruktur der beiden Wohnbereiche existieren nicht. Aufgrund der differenzierten Bewohnerstruktur (auf dem Wohnbereich 2 leben vorwiegend Bewohner mit dem Krankheitsbild Demenz und Alzheimer) werden teilweise zeitliche Unterschiede in der Strukturierung und Abfolge einzelner Tätigkeiten im Vergleich zum Wohnbereich 1 festgestellt.

#### ***Beobachteter Tagesablauf der Bewohner<sup>86</sup>***

Der Tagesablauf der Bewohner entspricht im Grunde dem der Mitarbeiter, da alle Tätigkeiten der Mitarbeiter auf die Bewohner ausgerichtet sind. Jedoch soll aus Sicht der Bewohner die Tagesstruktur nochmals umrissen werden.

Für einige Bewohner beginnt der Tag 6:30 Uhr, sofern sie „Frühaufsteher“ sind. Andere Bewohner stehen auf, wann sie möchten. Der Großteil der Bewohner ist um diese Tageszeit bereits munter. Eine Pflegekraft klopft an das Zimmer der Bewohner, tritt ein und begrüßt den Bewohner mit einem freundlichen aber bestimmten „Guten Morgen!“, schaltet ein Wandlicht ein, damit sich die Augen langsam an das Licht gewöhnen können. Die Bettdecke wird zurückgeschlagen, Lagerungskissen werden aus dem Bett geräumt, und dem Bewohner wird das Nachthemd ausgezogen. Dann beginnt die Körperpflege, entweder im Bett oder im Bad. Sofern die morgendliche Wäsche im Bett stattfindet, wird dem Bewohner ein Handtuch auf den Oberkörper gelegt, dann wäscht ihm der Mitarbeiter das Gesicht, die Arme und Hände. Der Bewohner dreht sich im Bett auf die Seite, damit der Mitarbeiter seinen Rücken waschen kann, danach zieht er ihm Hemd und Pullover an. Anschließend werden die Klebeverschlüsse des Inkontinenzmaterials geöffnet, der Intimbereich vorn gewaschen, dann dreht sich der Bewohner wieder zur Seite, das Inkontinenzma-

---

<sup>86</sup> Die folgenden zusammengefassten Angaben basieren auf den Beobachtungsprotokollen der Autorin, vgl. Anlage 10.

terial wird entfernt und der Intimbereich hinten gereinigt und gewaschen. Zum Schluss sind die Beine und Füße an der Reihe (vgl. Anlage 10, Beobachtungsprotokoll vom 7.11.05).

Die Kleidung liegt bereits vom Nachdienst sortiert auf einem Stuhl, selten ist sie schmutzig und der Mitarbeiter muss etwas Neues aus dem Schrank holen. Die Pflegekraft zieht dem Bewohner Socken, Hose und Schuhe an und leitet ihn an, sich nochmals auf die Seite zu drehen, damit sie ihm das Hemd in die Hose stecken kann. Der Bewohner ist nun vollständig angekleidet, richtet sich mit Unterstützung im Bett auf und wird vom Mitarbeiter auf dem Rollstuhl oder Toilettenstuhl ins Bad gefahren, wo er sich den Mund spült, die Zähne putzt und einsetzt und seine Gesichts- und Haarpflege durchführt. Während der Bewohner im Bad ist, lüftet der Mitarbeiter den Raum und macht das Bett. Inzwischen ist es 6:50 Uhr und der Bewohner wird zum Frühstück in den Aufenthaltsraum begleitet, gefahren oder er geht alleine dorthin (vgl. Anlage 10, Beobachtungsprotokoll vom 7.11.05).

Wenn der Bewohner Diabetiker ist, bekommt er vor dem Frühstück eine Spritze und wartet dann darauf, dass die Mitarbeiter sein Frühstück gegen 7:30 Uhr an seinen Platz bringen. Anschließend begleiten sie den Bewohner in sein Zimmer. Der Großteil der Bewohner verbleibt im Aufenthaltsraum an seinem Platz oder auf Stühlen sitzend im Gang vor dem Aufenthaltsraum. Je nach Planung werden einzelne Bewohner zum Baden abgeholt. Die anderen Bewohner sitzen und warten bis gegen 9:30 Uhr das zweite Frühstück serviert wird und sie 10:00 Uhr zur Beschäftigungsrunde abgeholt werden (vgl. Anlage 10, Beobachtungsprotokoll vom 7.11.05).

11:00 Uhr kommen die Bewohner wieder in den Wohnbereich zurück und warten bis sie zur Toilette begleitet werden. Das kann unter Umständen etwas dauern, da zu diesem Zeitpunkt viele Bewohner die Toilette benutzen. Danach spritzt eine Pflegekraft die Diabetiker. Im Anschluss an die Toilettengänge nimmt die Mehrheit der Bewohner ihren Platz vor oder im Speiseraum ein und wartet auf das Mittagessen, das 11:30 (nach einem Tischgebet) serviert wird (vgl. Anlage 10, Beobachtungsprotokoll vom 10.11.05).

Nach dem Mittagessen, gegen 12:15, werden alle Bewohner in ihre Zimmer zur Mittagsruhe begleitet bzw. gehen selbst in ihre Räume, um sich ungefähr 1,5 Stunden auszuruhen. Gegen 14:00 werden die Bewohner erneut geweckt und von den Mitarbeitern zur Toilette geführt. Danach nehmen sie wieder ihren Platz im Aufenthaltsraum ein und die Mitarbeiter reichen ihnen den Nachmittagskaffee.

### **Managementkonzepte**

Die strukturelle Dimension der Pflegequalität wird auch durch das Management und die nachfolgend analysierte Aspekte verdeutlicht.

### ***Präsenz der Leitung***

Von den Mitarbeitern wird angegeben, dass sie sich jederzeit an die Leitung der Einrichtung wenden können und auch kurzfristige Gesprächstermine ermöglicht werden. Informationen erreichen die Leitung durch direkten Kontakt und Gespräche mit den Mitarbeitern sowie durch einen Briefkasten neben dem Büro der Verwaltung, der für Informationen



genutzt werden kann: *„Also wir haben zu unserer Leitung sehr guten Kontakt [...] wenn ich jetzt irgendwie ein Problem hätte, kann ich dort anklingeln und kann kommen.“* (3, 72).

### **Kontrolle und Vorbild**

In den Interviews werden Perspektiven für ein funktionierendes Management ermittelt, die zur Motivation und Zufriedenheit der Mitarbeiter beitragen sollen. Dazu ist es von Seiten der Leitung notwendig Kontrolle auszuüben, um die Mitarbeiter zu motivieren und eine „Vorbildwirkung“ für Mitarbeiter und Bewohner zu erreichen: *„darüber zu wachen, dass die Mitarbeiter mit den Bewohnern ordnungsgemäß freundlich, weltoffen umgehen und eine ordentliche Pflege liefern [...] eine Vorbildwirkung ist mir ganz wichtig, die irgendwo dann motivierend sein soll. Ein sauberes und freundliches Auftreten. Ein Stück natürliche Freundlichkeit den Mitarbeitern gegenüber genauso wie den Bewohnern gegenüber.“* (2, 31-37). Die Motivation der Mitarbeiter und eine „Vorbildwirkung“ erfordern es, Arbeitsabläufe zu gestalten sowie einen reibungslosen Ablauf der Verwaltung und des Qualitätsmanagements aufzuzeigen und zu gewährleisten.

### **Motivation durch Unterstützung**

Die Aufgabe der Wohnbereichsleitung und der Heimleitung besteht in der Motivation ihrer Mitarbeiter. Das erreicht sie durch eine individuelle Dienstplangestaltung und vor allem durch den kommunikativen Austausch und die Arbeit im Team: *„Also einen gewissen Anreiz oder ne Motivation geben, dass der Mitarbeiter, ja auch gerne kommt und gerne seine Arbeit macht.“* [...] für die Probleme der Mitarbeiter auch ein offenes Ohr haben. Und noch mal nachfragen, wie geht's, nicht bloß immer schimpfen und eigentlich auch loben“ (11, 21).

Das Leitungsteam trägt zur Motivation und Zufriedenheit der Mitarbeiter bei, indem sich die Leitung im Pflgeteam integriert und bei Personalengpässen ihre Pflegekräfte, z. B. beim Essenreichen, unterstützen. Weiterhin ist es ihnen wichtig für die Mitarbeiter als Ansprechpartner zur Verfügung zu stehen und Gespräche mit den Mitarbeitern zu führen, auch wenn es sich um disziplinarische Entscheidungen handelt: *„das man ansprechbar bleibt, dass die Türen offen bleiben“* (1, 28).

### **Transparenz der Leitung**

Transparenz zu schaffen und den Arbeitsablauf zu organisieren sind Managementfunktionen, die gleichermaßen von Experten und Mitarbeitern als wichtige Punkte der Arbeit angegeben werden. Den Experten ist es wichtig *„den Mitarbeitern Dinge transparent rüberzubringen, die sie aus ihren Blickwinkel vielleicht nicht so, so erkennen können [...] durch die Transparenz, irgendwo, die Motivation und ein Mitgehen ermöglichen kann“* (2, 37).

Die Transparenz von Entscheidungen des Managements scheint jedoch nur ausgewählt zu erfolgen, da die Mitarbeiter nicht immer über angeordnete pflegerische Maßnahmen der Leitung aufgeklärt werden: *„habe ich gehört, dass da jemand nicht mehr zur Beschäftigung kommen durfte, weil er verwirrt ist. Das er nicht mehr in die Kirche zum Gottesdienst darf und so [...] also das verstehe ich nicht ganz.“* (16, 58).

### **Budgetorientierung**

Vor dem Hintergrund einer Reflexion der Aussagen zum heterogenen Pflegealltag und der Arbeitsorganisation könnte der Eindruck entstehen, dass der Beruf des Altenpflegers nur auf eine Planung und Organisation der Tätigkeiten unter Berücksichtigung der Kosten und des Budget ohne Rücksichtnahme auf die Individualität der Bewohner ausgerichtet ist. Die Mitarbeiter erwähnen, dass sich bestimmte Ideale, wie *„spazieren gehen zum Beispiel, und mit den Leuten Spiele machen, was jetzt die Ergotherapie macht, oder einfach Zeit nehmen, das geht nicht mehr.“* (9, 24) aufgrund der wirtschaftlichen Einschränkungen und des Personalschlüssels nicht mehr umsetzen lassen. Die Ideale verschieben sich in die Richtung einer allgemeinen Zufriedenheit für die Bewohner und die Mitarbeiter – unter der Ausnutzung der vorhandenen finanziellen Möglichkeiten. Demnach stellt heute ein Ziel der Arbeit dar, *„dass das Möglichste der Pflege ausgeschöpft wird und das Finanzielle klappt und auch nicht zu teuer ist, eben. Und das man immer mit guter Laune an die Arbeit rangeht.“* (7, 63).

### **8.6.2.4 Die subjektbezogene Dimension der Pflegequalität**

Diese Dimension wird auf Basis der zentralen Individuen Pflegekraft und Bewohner entwickelt und verdeutlicht den Zusammenhang der Pflegequalität mit den zentralen Personengruppen unter Einbezug relevanter Gesichtspunkte. Diese Dimension umfasst die Unterkategorien Mitarbeiterzufriedenheit und Kompetenzen der Pflegekräfte, Identifikation mit der Einrichtung und dem Tätigkeitsfeld sowie Zufriedenheit der Bewohner.

#### **Mitarbeiterzufriedenheit der Pflegekräfte**

Die Mitarbeiterzufriedenheit, erreichbar durch Motivation und Erfolgserlebnisse, stellt einen wichtigen Aspekt der subjektiven Dimension der Pflegequalität dar. Die Mitarbeiter reflektieren, dass eine gute Pflegequalität durch die Zufriedenstellung des Bewohners und die eigene Zufriedenheit mit der durchgeführten Arbeit bewirkt werden kann: *„durch, das Wissen und die Rahmenbedingungen und die Umstände einfach Zufriedenheit herausschöpfen und Motivation, die Tätigkeit unter den Bedingungen durchführen zu können“* (2, 51). *„Dass ich mit mir selber zufrieden bin mit der Qualität und allem.“* (13, 27). Eine Zufriedenheit erreichen die Mitarbeiter durch die Teilnahme an Fortbildungen, durch die Anerkennung und Verwirklichung in ihrer Arbeit, durch eine Akzeptanz im Team und durch Spaß bei der Ausübung ihrer Tätigkeiten.

#### **Teilnahme an Weiterbildungen**

Die Zufriedenheit der Mitarbeiter ist von verschiedenen Faktoren abhängig. Das verfügbare und in Weiterbildungen angeeignete Fachwissen sowie die Möglichkeit an Weiterbildungen teilzunehmen, sind ausschlaggebend für die Mitarbeiterzufriedenheit. Als kritisch sehen die Mitarbeiter das zur Verfügung stehende Budget der Einrichtung an, das in den letzten Jahren immer mehr reduziert wurde und die eigene Weiterentwicklung einschränkt. *„Ja dass ich mir das Wissen aneigne in den Weiterbildungen. Dass ich meine Arbeit korrekt ausführe, nach meinem Wissen“* (11, 19). *„Also wir waren zu vielen Lehrgängen und wir haben früher viele Lehrgänge gehabt [...] aber jetzt sind eben nicht mehr die Gelder so da“* (12, 28).

### **Anerkennung in der Arbeit**

Die Anerkennung der Arbeit von Kollegen und Bewohnern ist ein wichtiger Bestandteil der Mitarbeiterzufriedenheit. Grundsätzlich ist zu erkennen, dass sich die Mitarbeiter untereinander im Team akzeptieren, fachlich anerkennen und verstanden fühlen. Die Anerkennung von Bewohnern erreichen die Mitarbeiter, indem sie ihre Persönlichkeit und ihr Verhalten akzeptieren und dafür am Ende des Arbeitstages mit freundlichen Worten „belohnt“ werden. *„Dass ich erst mal für mich selber Anerkennung finde. Also beim Personal. Und dass mich die Leute akzeptieren. Das ist für mich schon sehr wichtig.“* (3, 22) *„Dankeschön und wir sehen uns ja morgen wieder, dann ist das so für mich so eine Anerkennung“* (3, 24).

### **Verwirklichung in der Arbeit**

Die Verwirklichung in der Arbeit stellt für die Mitarbeiter ebenfalls einen wichtigen Aspekt der Zufriedenheit dar. Das Erlernen des *„Lieblingsberufes“* (6, 14) und die Möglichkeit diesen Beruf mit Lust auszuüben *„die Lust zu diesem Beruf“* (2, 10), werden als Gesichtspunkte der Verwirklichung in der Arbeit ermittelt. Das Einbringen von Wissen in das Team und in die Arbeit mit Bewohnern ist nach Aussagen der Mitarbeiter dafür relevant.

### **Akzeptanz im Team**

Teamklima und Teamarbeit sind weitere Einflüsse auf die Mitarbeiterzufriedenheit. Aufgrund der unterschiedlichen fachlichen Qualifikationen der Pflegekräfte (Fachkraft und Hilfskraft) ist es den Mitarbeiter wichtig, dass eine fachliche Akzeptanz beider Berufe vorhanden ist und niemand aufgrund eines niedrigeren Bildungsabschlusses *„herablassend“* (10, 24) behandelt wird: *„Genauso akzeptiert werden, wie eine gelernte Kraft und wir machen ja auch die Arbeiten, wie eine Gelernte“* (10, 24).

### **Spaß bei der Arbeit**

Der Spaß bei der Arbeit und das eigene Wohlbefinden wirken sich ebenfalls auf die Zufriedenheit der Mitarbeiter aus. Die individuelle Einstellung zur Arbeit und die Möglichkeit, den Bewohner zufrieden zustellen beeinflussen das Wohlbefinden der Mitarbeiter und somit die eigene Zufriedenheit mit den durchgeführten Aufgaben. *„Dass es mir Spaß macht. Nicht dass ich früh auf Arbeit gehe und sage, och nee, musste wieder.“* (4, 22). *„Wenn sie einfach damit zufrieden sind, dann fühle ich mich auch wohl. Dafür habe ich es ja gelernt. Das war eigentlich auch mein Ziel und nicht das ich abends nach Hause geht und dann denke na fünf Leute sind so unzufrieden, dann bist du es am Ende ja selbst.“* (6, 41).

Den Mitarbeitern ist es ebenfalls wichtig, die eigene Gesundheit zu beachten und entsprechende präventive Maßnahmen während der Arbeit einzuhalten, dazu zählt beispielsweise, sich durch die Anwendung von Hilfsmitteln und durch *„rückenschonendes Arbeiten“* zu schützen: *„Man darf nicht nur den alten Menschen sehen, ich muss mich ja selber auch schützen aber man lernt das über die vielen Jahren sich selbst zu schützen und hier die Stellungen [...] beachten“* (12, 26).

### **Kompetenzen der Pflegekräfte**

Weiterhin wird deutlich, dass die Mitarbeiter über gewisse Kompetenzen im Umgang mit den Bewohnern und zur Ausübung ihrer Tätigkeiten verfügen sollten. Diese werden nachfolgend näher beleuchtet.

### **Kompetenzen und Kompetenzentwicklung**

Zur Erreichung einer guten Pflege und einer hohen Pflegequalität sollten die Pflegekräfte über empathische Kompetenzen, Freundlichkeit und beherrschtes Verhalten im Umgang mit den Bewohnern verfügen. Das bedeutet, *„man muss ein bisschen Einfühlungsvermögen haben [...] das merken die Heimbewohner sofort“* (8, 27). *„Wenn die Heimbewohner in Hektik verfallen, oder es gibt mal irgendwelche Aggressionen, dass man als Mitarbeiter die Situation beherrscht und wieder entflechtet und aber auch gleichzeitig eine Ruhe ausstrahlt.“* (11, 23).

Das „Eingehen“ auf den Heimbewohner und ein gewisses Feingefühl für die Bewohner kennzeichnen demnach eine gute Pflegequalität. Für die Bewohner gehört zu einer guten Pflege, dass sie von den Mitarbeitern wahrgenommen werden, dass die Mitarbeiter offen auf Menschen zugehen und die Wünsche der Bewohner erkennen *„an den Augen abzulesen oder charmant zu hinterfragen, was er für Wünsche hat oder was bei ihm klemmt.“* (22, 13). Den Bewohnern ist im Sinne einer guten Pflegequalität besonders der freundliche und offene Umgang der Pflegekräfte wichtig: *„Zu einer guten Pflege gehört vor allem das gute Entgegenkommen, das freundliche, nicht das die Schwestern mürrisch sind oder was. Das macht schon den Hauptanteil aus“* (23, 19). *„Also die Freundlichkeit, die Offenheit“* (25, 45).

Von den befragten Mitarbeitern und Experten wird der Beruf als erfüllend und als eine Arbeit dargestellt, die gern ausgeübt wird. Dabei fällt das Augemerke auf die Hilfe und Unterstützung für andere Menschen, die auch besondere Kompetenzen der Mitarbeiter erfordern: *„wenn man jetzt in einem Pflegeheim arbeitet. Man muss also psychisch belastbar sein, physisch belastbar sein und ein gewisses, ja viel Einfühlungsvermögen für den Menschen mitbringen, den man pflegt, mit dem man Umgang hat.“* (11, 19).

Die Aneignung von Wissen durch Schulungen und Weiterbildungen, die Entwicklung des vorhandenen Fachwissens und die die Entwicklung von Kompetenzen stellen weitere wichtige Aspekte der Pflegequalität dar, die von den Mitarbeitern angegeben werden. Auch das Lernen und das Aneignen von Wissen durch die Arbeit sowie eine fachliche Ausbildung bewirken eine qualitativ gute pflegerische Durchführung der Tätigkeiten. *„Dass ich mir das von anderen auch angucke, was die Fachkräfte praktisch machen [...] Und hab mir eigentlich von Anfang an sehr viel selber erarbeitet.“* (8, 24). *„Erstmal ist es wichtig, dass die Mitarbeiter auch eine gute Ausbildung haben [...] dass sich alle weiterbilden, sich Wissen aneignen, um mit bestimmten Situationen fertig zu werden.“* (11, 23).

Fachwissen zu besitzen und an Weiterbildungen teilzunehmen, sind einerseits Bestandteile, um eine gute Pflege zu leisten, andererseits stellt die Anwendung des Wissens einen wichtigen Aspekt zur Erreichung der Pflegequalität dar: *„dass wir nach den Konzepten, die wir uns erarbeitet haben hier im Heim, da haben wir da schon so eine Truppe, die was ausgearbeitet hat und auch in der Pflegeplanung, dass wir nach den Prinzipien auch*

ordentlich arbeiten“ (4, 27). Qualität in der Pflege kann nach Aussagen der Pflegekräfte durch die fachlich richtige Anwendung des Wissens in der Arbeit mit den Bewohnern, durch die Anwendung prophylaktischer Maßnahmen, durch Verordnungen und die medizinische Versorgung, durch die Dokumentation der durchgeführten Leistungen sowie durch das Vermeiden von Pflegefehlern und Folgeschäden erreicht werden.

### **Identifikation mit der Einrichtung**

Die subjektbezogene Dimension der Pflegequalität umfasst neben der Zufriedenheit der Mitarbeiter und einer Verfügbarkeit von Kompetenzen sowie der Notwendigkeit einer Kompetenzentwicklung auch die Aspekte einer Identifikation mit der Einrichtung und dem Tätigkeitsfeld, um eine qualitativ hochwertige Arbeit zu gewährleisten.

### **Engagement**

Die Pflegequalität wird ebenfalls durch die Identifikation des Mitarbeiters mit der Einrichtung, durch die Arbeitseinstellung und das Engagement der Pflegekräfte, bestimmt. Demzufolge ist es wichtig, dass sich die Mitarbeiter entfalten und ihre individuellen Kompetenzen in die Arbeit einbringen können, aber auch das Konzept des Hauses und die vorgegebenen Rahmenbedingungen mittragen. In diesem Zusammenhang engagieren sich die Mitarbeiter, im Rahmen der Pflege- und Betreuungsqualität, durch die Organisation und Durchführung von Festen und Ausfahrten für die Bewohner. *„Dass wirklich jeder Mitarbeiter hier sich entfalten kann, [...] seine Fähigkeiten einbringen kann und dass man das dann auch würdigt“*. (1, 38). *„Wenn Ausfahrten sind, dass die Leute sich da engagieren oder wenn Feste vorbereitet werden“* (6, 77).

### **Glauben**

Auffällig ist, dass die Experten besonders den Aspekt der christlichen Verbindung zum Beruf herausstellen. Der Identifikation mit einer kirchlichen Einrichtung wird ein besonderer Stellenwert in ihrer Arbeit zugeschrieben. Der Unterschied zu den Mitarbeitern im Pflegebereich, die besonders ihre helfende und unterstützende Funktion in der Arbeit mit alten Menschen hervorheben, lässt sich damit begründen, dass die Leitungskräfte entsprechend des Leitbildes der Einrichtung den christlichen Charakter des Altenpflegeheims selbst verkörpern sollen, das stellt nicht selten eine Voraussetzung für die Ausübung der Positionen dar. Von den Mitarbeitern hingegen wird häufig verlangt, die christliche Ausrichtung der Einrichtung lediglich anzunehmen und mit zutragen. Nicht nur die Arbeit mit Bewohnern, sondern auch die Gestaltung der Arbeitsbedingungen für die Mitarbeiter, also die Arbeit mit Menschen die im Altenpflegeheim angestellt sind, wird als Verantwortungsbereich und Arbeitsbestandteil der Experten beschrieben.

### **Identifikation mit dem Tätigkeitsfeld**

Die Einstellung der Mitarbeiter zu ihrer Tätigkeit wird ebenfalls als ein wichtiger Bestandteil der Pflegequalität betrachtet. Diese kennzeichnet insbesondere die Merkmale Finanzierung des Lebensunterhaltes sowie ein Verständnis von Pflege im Sinne eines „Generationenvertrages“. *„Die nötige Einstellung zur Arbeit und dass man seine Arbeit eigentlich auch gerne macht.“* (11, 23). *„Also es kommt eigentlich auf jeden selber drauf an, wie er eingestellt ist. Nicht nur zum Geld verdienen da ist“* (17, 23).

**Finanzierung des Lebensunterhaltes**

Auch der Aspekt den „Lebensunterhalt zu bestreiten“ (4, 22) kann als ein Faktor der Identifikation der Mitarbeiter mit seiner Arbeit betrachtet werden. Dabei ist zu erkennen, dass die finanzielle Situation ausschlaggebend für das Ergreifen des Berufes ist. Sie beeinflusst die Zufriedenheit der Mitarbeiter und die Identifikation mit ihrer Arbeit. *„Altenpfleger, muss ich mal sagen, bin ich eigentlich reingedrängt worden. Eigentlich aus einer Notlage heraus“* (11, 15). *„Na ich wäre gerne im Krankenhaus geblieben, [...] aber zur Zeit gibt's da überall kategorisch eine Ablehnung“* (13, 13).

**Pflege als „Generationenvertrag“**

Die Identifikation der Mitarbeiter mit ihrer Tätigkeit wird auch im Hinblick auf ihre Zukunftsvorstellungen, den eigenen Lebensabend in einem Altenpflegeheim zu verbringen, erkennbar. Die Pflege wird als „Generationenvertrag“ verstanden, wonach die Mitarbeiter ihre Bewohner heute so pflegen, betreuen und versorgen, wie sie es später von der nachfolgenden Generation, die von ihnen angelernt und begleitet wird, erwarten. Der Vergleich der Mitarbeiter mit den Bewohnern und das sich „Hineinversetzen“ in die Bewohner bildet die Grundlage für die Durchführung ihrer Arbeit und demnach einen Ausgangspunkt für die Pflegequalität: *„Weil ich denke dann an mich, wenn ich dann mal da liege, das habe ich dann immer so vor Augen.“* (14, 24). *„Man behandelt den so, wie man selbst gepflegt werden möchte, wenn man mal in der Situation kommt (13, 22). Weil man wird ja auch mal alt. Und wer kümmert sich dann um dich oder wer gibt dir das zurück, was du dann auch mal gegeben hast. Und wir haben auch die Eltern zu Hause gepflegt und wir sind es auch so gewöhnt, dass immer die Generation sich dann auch um die älteren kümmert, das steckt eigentlich noch so drinnen.“* (17, 12).

**Zufriedenheit der Bewohner**

Unter der Betrachtung der weiteren zentralen Person der subjektbezogenen Dimension der Pflegequalität wird nachfolgend auf den Bewohner eingegangen. In diesem Zusammenhang wird die Zufriedenheit der Bewohner und ihr Bezug zur Pflegequalität verdeutlicht.

Den bewohnerbezogenen Aspekt der Pflegequalität umfasst die Kategorie Zufriedenheit der Bewohner mit ihren Ausprägungen Wohlbefinden der Bewohner, das Heim als zu Hause zu erleben, die Qualität der Speisen sowie das äußere Erscheinungsbild und die Eigenständigkeit der Bewohner.

Nach den Aussagen der Mitarbeiter stellt die Zufriedenheit der Bewohner ein wichtiges Ziel der Arbeit der Pflegekräfte dar. Sie kennzeichnet, die Bewohner zu versorgen, den Bewohnern in ihren Lebenslagen zu helfen, sie zu unterstützen und Krankheiten zu vermeiden. Besonderes Augenmerk wird auf körperliche Krankheiten, deren Vorbeugung und Behandlung gelegt. *„Die ganzen Krankheiten, die sich da eventuell könnten anbahnen, zu vermeiden. Gerade wichtig, Bettlägerige ständig lagern“* (5, 24). *„Ich muss sehen, im Weitblick auch, hier wird die Haut oder hier wird irgendetwas rot oder was. Da muss ich eben handeln.“* (17, 18).

Eine Zufriedenheit der Bewohner zu erreichen, wird als Maßstab für die Pflegequalität angesetzt, aber von den Pflegekräften nicht überbewertet. Ihnen ist bewusst, dass sie sich darum bemühen können, die Wünsche der Bewohner zu erfüllen, aber nicht alle Bewohner

zufrieden stellen werden. *„Weil wir nie in der Lage sind, jedem Bewohner alle Bedürfnisse zu befriedigen.“* (2, 50). *„Dass man gut auf die Leute eingeht. Man versucht schon die Leute so zu behandeln, dass trotz der wenigen Zeit, die man hat, mit dem zufrieden ist, was mit ihnen und an ihnen so macht.“* (13, 22).

Die Mitarbeiter erkennen die Zufriedenheit der Bewohner daran, dass diese sich dankbar erweisen, wenn sie ihnen kleine Wünsche erfüllen können sowie an der Bestätigung durch die Bewohner, die das Heim als ihr zu Hause betrachten: *„dass sie es mehr als ein zu Hause betrachten“* (2, 24).

### **Wohlbefinden der Bewohner**

Die Pflegequalität wird desgleichen durch das Wohlbefinden der Bewohner gekennzeichnet, das wiederum durch die Beschäftigung, durch die Pflege, durch die Kommunikation, durch die Motivation und das Mitteilen von Bestätigungen in Form von Worten, Gesprächen und Körperkontakten sowie durch die Gestaltung eines wertschätzenden Lebensabends bestimmt wird. *„Auch dass allgemein, dass sie sich wohl fühlen, dass die Beschäftigung stimmt, und allgemein die Pflege“* (7, 23). *„Das die ihren Lebensabend genießen“* (16, 30). *„Den alten Menschen in den letzten Jahren oder Stunden wirklich noch gut geht.“* (7, 19). *„Das sie zu mir sagen, ‚... sie sehen wir gerne‘. Das höre ich eigentlich sehr oft“* (10, 26).

Eine Anerkennung für erreichte Fortschritte, wird von den Bewohnern als wichtiger Bestandteil ihrer eigenen Zufriedenheit angesehen. Anhand der Aussagen der Bewohner kann angenommen werden, dass sie grundsätzlich zufrieden sind: *„Also ich muss sagen, ich bin zufrieden. Natürlich etwas, was allen missfällt ist überall. Das darf man nicht vergessen.“* (21, 7). *„Ich fühle mich hier sehr gut gepflegt und betreut.“* (23, 21).

### **Qualität der Speisen**

Die Qualität der Speisen stellt ebenfalls einen Aspekt der Bewohnerzufriedenheit dar. Das Servieren und das Einnehmen der Mahlzeiten sollten arbeitsorganisatorisch geregelt erfolgen. Das Essen wird von den befragten Bewohnern als ein wichtiger Faktor in der Einschätzung der Pflegequalität angegeben und stellt somit für sie einen wichtigen Aspekt der Lebensqualität dar. *„Das Essen ist eben gerade bei den Bewohnern das „A“ und „O“. Wenn das nicht klappt, dann sind sie schlecht gelaunt.“* (12, 59). *„So kann ich nicht klagen. Essen ist gut“* (20, 22). *„Gerade beim Essen, wir kriegen immer Nachschlag.“* (21, 15).

### **Heim und zu Hause**

Eine gute Pflegequalität wird geschaffen, wenn der Bewohner seine Interessen wahrnehmen kann und *„sich der Bewohner rundum aufgehoben, verstanden und akzeptiert fühlt.“* (1, 38). Ein Bewohner formuliert: *„Eine gute Pflege und Betreuung wirkt sich auch aufs Allgemeinbefinden aus. Da ist man aufgeschlossen und alles.“* (23, 15). In diesem Zusammenhang wird der Aspekt der Pflegequalität, das Heim als zu Hause zu betrachten deutlich. Demzufolge sehen die Pflegekräfte und Bewohner es als wichtig an, dass das Heim zu einer Heimat für den Bewohner wird. *„Dass eine Wärme, eine Atmosphäre, eine Heimat jetzt für die Bewohner entsteht, [...] Das die wirklich hier qualitativ super versorgt werden, das sie ordentliche Lebensbedingungen haben“* (1, 21-32).

Die Pflegekräfte unterstützen dieses Heimatgefühl, indem sie die Bewohnerbäder, Wohn- und Aufenthaltsbereiche mit Bildern und Möbeln ausgestalten. Die Bewohner fühlen sich jedoch nicht immer beheimatet im Altenpflegeheim, sie sehen das Heim selten als (zweites) zu Hause, sie vermissen ihre gewohnte individuell gestaltete Umgebung und finden sich schließlich damit ab, dass sie im Heim ihren Lebensabend verbringen werden: *„Die ganze Atmosphäre fehlt mir, die ich zu Hause hatte. Das ist alles hier nicht der Fall.“* (20, 24). *„Aber es ist eben kein zu Hause, nicht war. Man ist nun immer hier auf die alten Tage fremd eingewiesen“* (21, 7).

### **Erscheinungsbild und Eigenständigkeit der Bewohner**

Das äußere Erscheinungsbild und die Eigenständigkeit der Bewohner stellen weitere Gesichtspunkte der Pflegequalität dar. Das Erscheinungsbild betrifft neben fachlich-medizinischen Schwerpunkten (z. B. Druckstellen) den Hautzustand und das ordentliche und gepflegte Äußere der Bewohner. *„Dass die Bewohner immer sauber und ordentlich angezogen rumlaufen.“* (7, 58) *„Die pflegerische Qualität, die Pflegequalität, [...] am äußeren Erscheinungsbild der Bewohner, die einen gepflegten und sauberen Eindruck machen, und durchaus auch zu erkennen an der Zufriedenheit der Bewohner, was die Körperpflege angeht.“* (2, 100).

An den Aussagen der Bewohner wird deutlich, dass ihnen ihr äußeres Erscheinungsbild ebenfalls wichtig ist: *„Also wie heute beim Baden, ich bin gut versorgt worden. Eingecremt von oben bis unten und die Haare haben sie mir mit gewaschen. Da kann ich bloß gutes sagen.“* (21, 19).

Einen Aspekt der Pflegequalität, der von den Bewohnern angeführt wird, stellt ihre Eigenständigkeit dar. Den Bewohner scheint es demnach wichtig zu sein, sich selbständig und eigenständig zu bewegen und zu versorgen. Demnach kennzeichnet eine gute Pflege, dass die Pflegekräfte den Bewohnern eine gewisse Eigen- und Selbständigkeit zugestehen und ermöglichen. *„Das Bett mache ich mit selber, ich wische ab und zu mal Staub immer [...] Ich habe so einen Rollator und da kann ich mich sehr gut fortbewegen. Und das ist für mich die Hauptsache. [...] Man braucht niemanden, der einen führt und so weiter.“* (21, 13-17).

### **8.6.2.5 Die konzeptionelle Dimension der Pflegequalität**

Anhand der Interviewdaten und der Beobachtung können vier wesentliche Pflegekonzepte mit ihren Merkmalen analysiert werden, die die Kategorie konzeptionelle Dimension der Pflegequalität charakterisieren. Im Folgenden werden diese Konzepte erläutert.

#### **Grundlegende Konzepte des Arbeitens mit Bewohnern im Pflegealltag**

Folgende Bestandteile charakterisieren die grundlegenden Konzepte des Arbeitens mit Bewohnern im Pflegealltag. Sie beziehen sich auf die Durchführung einer fachlich korrekten Pflege ohne Pflegefehler und das Einhalten der Hygienevorschriften, den Einsatz einer Kontrollroutine, um die angewendeten Tätigkeiten zu überprüfen, die Reflexion und Verbesserung der Pflege sowie auf die Kommunikation und ihre Strukturen.



**Behandlungspflege und Hygiene**

Die Pflegequalität wird neben der Zufriedenheit der Bewohner und Mitarbeiter (vgl. subjektbezogene Dimension der Pflegequalität) auch anhand der durchgeführten Behandlungspflege und beachteter Hygienevorschriften beurteilt: *„Ich schätze die pflegerische Qualität, die Pflegequalität der Einrichtung, als sehr hoch ein, eigentlich zu erkennen an extrem wenigen Dekubitussachen, Wundstellen u. ä.“* (2, 100).

Die Hygiene umfasst eine saubere und ordentlich durchgeführte Arbeit auch vor dem Hintergrund von Personalengpässen. Sie wird als wichtiger Bestandteil der Arbeit der Pflegekräfte und auch der Kontrolle durch das Management betrachtet. Ordnung, Sauberkeit und Hygiene stellen die Voraussetzung dar, dass keine Pflegefehler entstehen. *„Dass Ordnung und Sauberkeit herrscht, würde ich sagen. Dadurch entstehen auch keine anderen Nebenkrankheiten, kein Dekubitus“* (7, 23). Dabei vergleichen die Mitarbeiter die pflegerische Qualität in ihrer Einrichtung mit der in anderen Heimen, in denen sie Praktika oder Berufsjahre absolvierten.

**Kontrollroutinen**

Die Kontrolle stellt einen wesentlichen Bestandteil der Arbeit dar, um eine gute Pflegequalität zu gewährleisten. Die Mitarbeiter kontrollieren durch regelmäßige und auch unregelmäßige Kontrollgänge die Versorgung der bettlägerigen Bewohner. Die Leitung kontrolliert ihrerseits die durchgeführte Pflegeleistungen und die Pflegeplanung durch Pflegevisiten und überprüft die Vollständigkeit und Richtigkeit der Einträge in der Pflegedokumentation. *„Also es bleibt auch niemand für lange Zeit in seiner nassen Windel. Es wird immer kontrolliert. Und zwischendurch, wenn jetzt gar keine offiziellen Runden sind, wo man eigentlich immer die Windeln wechselt, wenn man merkt, die hat viel getrunken, dann geht man gucken. Wenn man merkt es ist nass, dann wechselt man dann. Und das ist nachts genauso.“* (3, 58).

**Reflexion und Verbesserung**

Anhand der Aussagen der Interviewpartner wird erkennbar, dass eine Reflexion und Verbesserung der Pflege ebenfalls Schwerpunkte der Pflegequalität darstellt. Demnach offenbaren die Mitarbeiter in der Einschätzung ihrer Pflegequalität auch Schwächen und Verbesserungen im Zusammenhang mit der Dokumentation und Pflegeplanung, dem Einsatz vorhandener Lagerungshilfsmittel und auch im Hinblick auf die Pflege und Betreuung dementer Bewohner. Anhand der Äußerungen der Mitarbeiter ist auch erkennbar, dass sie eine Verbindung zum Qualitätsmanagement herstellen: *„Wir haben auch noch einen Qualitätsmanagementzirkel, der arbeitet auch.“* (14, 65). *„Ich will mal sagen noch nicht perfekt. Weil perfekt gibt's ja nicht. Und wir bauen ja ein Qualitätsmanagement erst mal auf. Also es sind sicherlich viele Rückschläge, viele kleine Schritte“* (27, 52).

**Kommunikation mit Bewohnern**

Eine gute Pflege kennzeichnet ebenfalls die verbale und nonverbale Kommunikation mit den Bewohnern: *„dass man mit den Leuten redet und dass man sie mal streichelt und das spüren die ganz genau“* (8, 27). *„Sich mal hinsetzten, mal zuhören und ich sage mal, kann man auch mal mit weinen [...] dass man sich auch mal hinsetzt und mal sagt, ... ja kommen sie ...' und nimmt sie mal in den Arm.“* (27, 28).

Pflegequalität durch Kommunikation zu gewährleisten, bedeutet, dass sich die Mitarbeiter Zeit für ein Gespräch mit den Bewohnern nehmen, auch wenn wenig Zeit verfügbar ist, sowie Bewohner in Gespräche einbeziehen, mit denen sie nicht so vertraut sind oder die ihnen nicht so sympathisch sind. *„Sich mal hinsetzen mit denen und ein bisschen schwatzt“* (9, 22). *„Wenn man mit einem nicht so kann, dass man den auch involviert und man mit dem auch redet“* (9, 27).

Die Kommunikation wird insbesondere durch den „Ton“ bestimmt. Sie sollte einen wertschätzenden und respektvollen Umgang mit den Bewohnern kennzeichnen. Die Leitung erwartet, dass die Mitarbeiter die Persönlichkeit der Bewohner akzeptieren und ihnen ein Gefühl der Wertschätzung vermitteln. Dieses wertschätzende Verhalten soll folgendermaßen „kommuniziert“ werden: *„inne halten und zuhören was der andere sagt, und aushalten, dass man einfach sich selber eine Weile Zeit gibt, um eine Situation möglichst objektiv einzuschätzen [...] ohne seine Wahrnehmungen gleich entgegenzustellen oder emotional zu reagieren.“* (2, 88).

Auch wenn der Kontakt zu einigen Bewohnern nicht intensiv auf Grundlage eines sympathischen Verständnisses erfolgt, (da diese Bewohner unfreundlich sind) wird von allen Mitarbeitern gefordert ihre persönlichen Empfindungen in der Kommunikation zu unterdrücken. *„Er darf seine Gefühle verbalisieren, aber er darf nicht ausrasten.“* (2, 90). Den Pflegekräften wird in diesem Zusammenhang eingeräumt, die Pflege an einen anderen Mitarbeiter abzugeben. *„Also wir haben eigentlich ein paar wenige Bewohner, mit denen man nicht klar kommt, aber das ist eben immer ein Kontakt. Zu manchen Menschen hat man nicht so einen guten Kontakt wie zu den anderen [...] Aber trotzdem muss man immer freundlich und immer eben auch ordentlich mit den Bewohnern sprechen.“* (12, 39).

Die Bewohner schätzen die Kommunikation ebenfalls als einen wichtigen Aspekt der Pflege ein. Sie erwarten von den Mitarbeitern, dass diese mit ihnen sprechen, „smalltalken“ und kurze Gespräche führen. Die Kommunikation kennzeichnet nach Angaben der Bewohner ebenfalls, dass die Bewohner Kritiken äußern können, dass die Pflegekräfte ihnen zuhören und als Ansprechpartner für Fragen zur Verfügung stehen. *„Das kleine individuelle Gespräch suchen“* (22, 48), *„dass man doch mal über dies oder jenes spricht“* (24, 60). *„Man sagt auch seine Meinung, wenn mal was nicht passt“* (25, 23).

Als Schwäche wird von den Mitarbeitern angegeben, dass die Kommunikation mit den Bewohnern nur sehr eingeschränkt, während der Pflegetätigkeiten und oftmals im Sinne von Anleitungen der Pflegevorgänge, erfolgt. Das könnte sich aber zukünftig ändern, wenn mehr Hilfskräfte (z. B. 1-Euro-Jobber) eingesetzt werden. Im Hinblick auf die Beziehungs- und Bezugspflege bedeutet es jedoch, dass die Hilfskräfte eine Beziehung zum Bewohner aufbauen und gestalten. Dies wiederum lässt vermuten, dass durch den Einsatz von Hilfskräften für die Kommunikation mit Bewohnern die Beziehung der Bezugspflegekräfte zu den Bewohnern und die Kommunikation nicht verbessert werden.

## Konzept Beziehungspflege

### *Gestaltung von Beziehungen*

Das Konzept der Beziehungspflege wird durch die Art und Weise der Beziehungsgestaltung der Mitarbeiter mit den Bewohnern gekennzeichnet. Dazu zählt zunächst, dass die Mitarbeiter eine gewisse Bereitschaft aufbringen, sich auf eine Beziehung einzulassen, Engagement zeigen und die Arbeitszeit freiwillig verlängern. *„Ich geh zum Bäcker, ja ich hol mal ein paar Kekse für jemanden“* (1, 28). *„Da bringe ich von zu Hause eine Fernsehzeitung mit oder so kleine Sachen worüber sie sich freuen.“* (12, 32).

Die Motivation der Bewohner stellt neben der Beschäftigung auch einen wichtigen Aspekt der Beziehungspflege dar. Die Beziehungspflege kennzeichnet die Begleitung der Bewohner in diesem Lebensabschnitt, sich mit den Bewohnern zu beschäftigen, ihnen die Einsamkeit zu nehmen und auch ein würdevolles Sterben zu ermöglichen. *„Was ganz groß geschrieben werden müsste, das ist die Schmerzfreiheit“* (14, 22) *„dass sie in Würde sterben können. Also die Sterbebegleitung ist mir eigentlich das allerwichtigste hier im Haus“* (14, 18).

Neben den dargestellten Aspekten ist den Mitarbeitern in der Beziehungsgestaltung zum Bewohner weiterhin wichtig, dass sie sich selbst angenommen und akzeptiert fühlen, dass sie den Bewohnern zuhören, mit ihnen trotz knapp bemessener Zeit kommunizieren und dass ein zwischenmenschlicher Kontakt (durch Gespräche und Streicheleinheiten, Uarmen und Drücken) sowie ein freundlicher Umgang mit den Bewohnern gepflegt wird. *„Also mir ist eigentlich wichtig, dass ich im Umgang mit den älteren Leuten zu recht komme, dass sie auch mich annehmen.“* (4, 20). *„Manchmal haben sie ja auch Sorgen, dass man da auch ein Ohr dafür hat.“* (15, 19), *„auch dich mal hinzusetzen und mit den Leuten zu reden.“* (27, 21).

Die Mitarbeiter leben ihren Arbeitsalltag mit den Bewohnern, aus diesem Grund ist eine Beziehungsgestaltung notwendig. Die Beziehungspflege verlangt von den Mitarbeitern, dass sie sich öffnen, auf die Bewohner zugehen, mit ihnen Lachen, ihnen zuhören und ihre Biographie in die Arbeit einbeziehen. *„Weil, wir ja, durch unseren Pflegealltag ein Stück mit den Menschen leben.“* (2, 88). *„Das man einfach für die Leute da ist, wenn sie einen brauchen“* (6, 63). *„Das ist nicht bloß die Pflege alleine, obwohl die auch sehr wichtig ist. Aber die zwischenmenschliche Beziehung ist wichtiger.“* (15, 35). *„Das man sich Gedanken macht und sagt, warum sind sie denn jetzt so? Warum verhalten sie sich denn jetzt so, warum weinen sie jetzt auf einmal, warum schreien sie denn so“* (8, 59).

Aus Sicht der Bewohner bedeutet Beziehungsgestaltung, dass die Bewohner in der Pflegekraft einen Ansprechpartner sehen und dass der Mitarbeiter einen menschlichen Umgang pflegt. Andere Bewohner sehen in der Beziehungsgestaltung den Aspekt der persönlichen Kontaktaufnahme zur Pflegekraft, die es ermöglichen sollte auch kleine Wünsche zu erfüllen: *„das gegenseitige Aufeinanderzugehen als Betroffener und als Pfleger und sich in der Mitte treffen, das ist das schönste was es gibt. [...] Man muss natürlich auch von sich aus herangehen und muss Abstriche machen. Man kann nicht immer nur fordern, man muss auch geben.“* (22, 13-15).

### **Individualität ermöglichen**

In einem engen Zusammenhang zur Gestaltung einer Beziehung steht die Akzeptanz der Individualität des Bewohners. Das bedeutet, Entscheidungen des Bewohners zu akzeptieren und die Arbeit entsprechend der Wünsche der Bewohner zu organisieren. *„Aber es ist immer abhängig vom Heimbewohner, will ich sagen. Wie der das auch annimmt [...] wenn der Heimbewohner nicht auf so einen Hebestuhl zum Baden zum Beispiel will, dann geht nichts los“* (26, 61-72).

Problematisch wird der Umgang mit dementen Bewohnern geschildert, die *„ganz schwer einzuschätzen sind. Man kann den Bewohnern ja nicht aufdiktieren, ...du machst das jetzt so ...‘, weil viele vergessen das in dem Moment dann schon wieder.“* (6, 129). Der geistige Abbau und das Vergessen der Bewohner erschweren es dem Mitarbeiter ihre Individualität in der Pflege zu berücksichtigen, da die Bewohner Situationen oftmals nicht einschätzen und beeinflussen können. Eine Frage die sich in diesem Zusammenhang aufdrängt lautet: Erleichtert die Pflege von dementen Bewohnern die Kommunikation und Beziehungsgestaltung mit ihnen? Die Mitarbeiter sprechen mit dementen Bewohner eingeschränkt und informieren demente Bewohner nur eingeschränkt, da diese die Informationen nicht verstehen oder vergessen.

Als realistisch und bedenklich wird von einer Pflegekraft eingeschätzt, dass die Individualität der Bewohner mit dem Einzug ins Heim verloren geht. Dem kann nur durch Gespräche und Kontakte mit den Angehörigen und den neuen Bewohnern entgegengewirkt werden, um ihre Gewohnheiten in die Arbeit einzubeziehen. Weiterhin ist es in diesem Zusammenhang möglich, die Individualität der Bewohner durch bekannte und geliebte Möbel und Gegenstände zu unterstützen, die in die Einrichtung mitgebracht werden können.

Ein Bewohner kritisiert ebenfalls, dass das Persönliche und die Individualität im Heim fehlen, da nicht grundsätzlich alle Bedürfnisse des Bewohners berücksichtigt werden können. Es ist nicht möglich ihm bei nächtlichem Hunger ein Spiegelei zu braten, da es die Hygiene nicht zulässt (vgl. Interview 20 T<sub>1</sub>). Den Bewohner während der Pflegetätigkeiten als individuelle Person ernst zu nehmen und zu respektieren, stellt wahrscheinlich zunächst ein kleineres Problem im Pflegealltag dar. Die Individualität der Bewohner in der Betreuung und Beschäftigung zu gewährleisten, kann aufgrund des Personal- und Zeitmangels als größere Schwachstelle in der Pflegequalität betrachtet werden.

### **Familie Altenpflegeheim**

Eine befragte Pflegekraft stellt einen Idealtypus „Familie“ heraus, der gewissermaßen einen Aspekt des Konzepts Beziehungspflege charakterisiert. Darin wird das Altenpflegeheim mit einer Familie verglichen: *„im Prinzip sind wir ja ne große Familie hier.“* (26, 72). Die Arbeit in diesem „Familienbetrieb“ ist dadurch gekennzeichnet, dass die Mitarbeiter die Bewohner und ihre Angehörigen in die Arbeit einbeziehen. *„Man muss eben immer mit allen arbeiten praktisch. [...] Mit allen, da ist der Heimbewohner genauso, die Angehörigen, das Personal, das sind wir alle gefragt.“* (26, 70-72).

Als bedenklich kann jedoch eingeschätzt werden, dass Bewohner mit den Krankheitsbildern Demenz und Alzheimer oftmals mit Kindern und deren Rollen in der „Familie

Altenpflegeheim“ verglichen werden. Für diese Bewohner muss viel Zeit und Geduld aufgebracht werden, da sie nicht mehr in der Lage sind, etwas zu lernen und sich somit die Arbeit und der Umgang mit ihnen erschwerend gestaltet. *„Und eigentlich lernen, groß lernen, wie eigentlich im Sinne wie Kinder noch was lernen, ist ja eigentlich nicht mehr da.“* (11, 45). *„Man kann dann eben auch nicht streiten, weil sich das einfach nicht rein streiten lässt. Ist ja auch wie mit kleinen Kindern.“* (26, 55).

### **Konzept Bezugspflege**

#### ***Arbeitsorganisation durch Bezugspflege***

Das Konzept der Bezugspflege soll im Rahmen des Qualitätsmanagements eingeführt werden. In der untersuchten Einrichtung wird unter Bezugspflege die Organisation und Durchführung der Pflege und Betreuung von Bewohnergruppen (6 Bewohner) durch zwei Mitarbeiter verstanden. Zwei Mitarbeiter (Pflegefachkraft und Pflegehilfskraft) sind somit für eine Gruppe von sechs Bewohnern verantwortlich. Zu den Aufgaben dieser Bezugspflegeteams gehören neben der Durchführung der allgemeinen Pflege und der Anfertigung der Pflegeplanung beispielsweise die Kontaktaufnahme zu Angehörigen und Betreuern, das Gewährleisten von Ordnung und Sauberkeit der Bewohnerzimmer (Zimmerpflege, Blumen gießen u. ä.), die Pflegemittelbestellung und das Erledigen kleinerer Einkäufe für die Bezugsbewohner. Dieses Konzept setzt jedoch voraus, dass die zwei Mitarbeiter des Bezugspflegeteams gemeinsam in einer Schicht arbeiten und einer der Mitarbeiter befähigt ist, Behandlungspflegen durchzuführen, d. h. eine Fachkraftausbildung absolviert hat.

Dieses Pflegekonzept setzt sich zum Ziel, den Mitarbeitern mehr Verantwortung und Eigenständigkeit in ihrer Arbeit zu ermöglichen und somit die Pflegequalität zu erhöhen: *„für die Bewohner in Bezug Pflegedokumentation, in Bezug auf die Zufriedenheit der Bewohner, dass wirklich Bedürfnisse erfüllt werden“* (2, 127).

Einerseits kann angenommen werden, dass die Bezugspflege gewissermaßen auf dem Konzept der Beziehungspflege basiert. Dafür *„müssen wirklich Beziehungen wachsen, zwischen Mitarbeitern und den Bewohnern, [...] Das dort wirklich eine Bezugspflege heraus kommt.“* (2, 127). Andererseits sind Unterschiede zur Beziehungspflege anhand der Äußerungen der Pflegekräfte erkennbar. Danach verwenden die Mitarbeiter häufig den Begriff „Versorgung“ im Zusammenhang mit der Bezugspflege, z. B. das Versorgen von Kleidungsstücken oder Einkäufen. Die „Versorgung“ kennzeichnet ebenso das Reagieren auf das Klingeln der Bewohner. Bezugspflege bedeutet somit, dass die Bezugspfleger ihre Bewohner versorgen und deren Wünsche erfüllen. Bezugspflege heißt aber auch, dass die Bewohner die Wünsche der Pflegekraft befolgen.

Unter diesen Gesichtspunkten betrachtet, stellt sich die Frage ob das Bezugspflegekonzept nicht nur eine Form der Arbeitsorganisation darstellt, indem klare Aufgabenbereiche für die Bezugsbewohner abgegrenzt werden. Die Aufgaben der Pflegekräfte umfassen neben der Durchführung der Körperpflege und der medizinischen Verordnungen, die Erstellung der Pflegeplanung, die Kontaktaufnahme zu Angehörigen, wenn beispielsweise die Pflegemittel aufgebraucht sind, sowie die Zimmergestaltung und Zimmerpflege der Bewohner. Diese Aspekte sollten eigentlich auf dem Konzept der Beziehungspflege zum Bewohner aufbauen. Es entsteht aber der Eindruck, dass es sich eher um ein Abarbeiten spezifischer Aufgabenbereiche handelt, die nicht unbedingt eine Beziehung zum Bewohner

voraussetzen. Im Zusammenhang mit den aufgeführten Punkten des Konzeptes Beziehungspflege kann angenommen werden, dass die Bezugspflege den Ausgangspunkt für eine mögliche Entwicklung und Gestaltung von Beziehungen zwischen Mitarbeitern und Bewohnern darstellt.

Insbesondere in den Beobachtungen wird deutlich, dass im beobachteten Zeitraum keine Bezugspflege im Rahmen der Grund- und Behandlungspflege<sup>87</sup> durchgeführt wird. Der Wohnbereich und die entsprechenden Aufgaben der im Frühdienst arbeitenden Pflegekräfte, werden funktional und arbeitsteilig getrennt. Im Rahmen der Übergabe vom Nachtdienst zum Frühdienst werden die Aufgaben und Bewohner „eingeteilt“, so dass jeder Mitarbeiter weiß, welche Bewohner er zu wecken und zu waschen hat und welche weiteren Handlungen zu erledigen sind. Das bedeutet, drei Mitarbeiter teilen sich die Arbeit in der Pflege auf und übernehmen die Pflege für alle Bewohner im Wohnbereich (vgl. Anlage 10, Beobachtungsprotokoll vom 7.11.05).

Die Mitarbeiter führen verschiedene Gründe für die schlecht umsetzbare Bezugspflege an: Im Frühdienst sind nur drei Pflegekräfte eingeteilt, aus planerischer Sicht kann keine Bezugspflege für alle Bewohner durchgeführt werden. Aufgrund des selbstbestimmten Verhaltens der Bewohner, zu unterschiedlichen Zeiten aufzustehen, würden nach dem Bezugspflegekonzept Lücken im Arbeitsablauf entstehen. Weiterhin würde es „wohl auch langweilig, wenn man die anderen Bewohner nicht mehr kennt“ (vgl. Anlage 10, Beobachtungsprotokoll vom 7.11.05). Die Bezugspflegeteams kommen dennoch für die Pflegeplanung ihrer Bewohner und sonstige betreuende Tätigkeiten zum Einsatz, beispielsweise zum Blumengießen, zum Kontaktieren der Angehörigen oder um informative Gespräche zu führen.

### **Konzept Betreuung und Beschäftigung**

#### ***Aufgabe des Ergotherapeuten***

Die Betreuung oder Beschäftigung der Bewohner wird vorrangig von einem qualifizierten Ergotherapeuten durchgeführt, der für die Bewohner spezielle Vormittags- und Nachmittagsangebote erstellt. Den Bewohnern wird freigestellt daran teilzunehmen. Wenn sie möchten, werden sie vom Ergotherapeuten abgeholt und in den Wohnbereich zurückgebracht. Die Beschäftigung enthält „Pauschalangebote, zum Beispiel eine *gymnastische Aktivität oder ein[en] Sitztanz*“ (2, 106), die zukünftig durch bewohner- und bedürfnisbezogene Beschäftigungsangebote ergänzt und erweitert werden.

Die Betreuung und Beschäftigung stellt einen Bestandteil des Lebens der Bewohner im Heim dar. Das Konzept beeinflusst die Lebensqualität (Wohlbefinden und Zufriedenheit) der Bewohner und wirkt sich auf die Pflegequalität aus. Allgemein kann ein Zusammenhang zur Beziehungs- und Bezugspflege hergestellt werden. Dieser besteht darin, dass die Erfüllung der Wünsche und die Betreuung der Bewohner durch Bezugspflegekräfte „eine

---

<sup>87</sup> Die Grundpflege umfasst alle pflegerischen Tätigkeiten am Bewohner, die nicht durch medizinische Indikation vorgegeben sind, z. B. Körperpflege, Toilettengänge, An- und Auskleiden der Bewohner. Die Behandlungspflege enthält vor allem medizinische und pflegerische Maßnahmen, wie z. B. Verbandswechsel, Katheterwechsel, Spritzen.

*höhere Betreuungs- und Pflegequalität [...], eine höhere Zufriedenheit und Bedürfnisbefriedigung“ der Bewohner erwarten lässt (2, 133).*

Die Arbeit des Ergotherapeuten zur Betreuung und Beschäftigung der Bewohner wird von den Mitarbeitern als gut organisiert und durchgeführt eingeschätzt. Es werden dennoch klare Defizite in der Betreuungsqualität vom Experten eingeräumt, beispielsweise in der *„Nachmittagsbetreuung, Einzelbetreuung und in der Abend- und Nachtbetreuung, einzelner Bewohner oder Bewohnergruppen, speziell der Demenzerkrankten“ (2, 106).*

Von einigen Pflegekräften wird die eigene Beschäftigung mit dem Bewohner, unabhängig von der Ergotherapie, auch als unbefriedigend gesehen. *„Das ist immer so ein Schwachpunkt, Leute mal so zwischendurch zu beschäftigen. Da waren wir noch nicht so hervorragend.“ (3, 68).* Die Betreuung und Beschäftigung durch die Pflegekräfte beschränkt sich auf die Organisation und Durchführung von Festen und Ausfahrten für die Bewohner. Wenige Pflegekräfte geben auch an, eine Beschäftigung mit den Bewohnern durchzuführen, z. B. 10-Minuten-Aktivierung. *„Eine Bewohnerin die legt immer die Netzhosen nach Farben“ [...] die im Küchenservice geben Näpfchen zum abtrocknen, Besteck zum polieren. Das sind so kleine Sachen, die sie mitmachen können, oder Blumen gießen.“ (12, 32).*

Als Grund für die geringe Beteiligung der Pflegekräfte an der Betreuung und Beschäftigung wird ein Zeitmangel angegeben. Betreuungszeit geht durch die aufwendige und zunehmende Pflegedokumentation verloren. Das geringe Engagement der Pflegekräfte kann jedoch auch auf andere Ursachen zurückgeführt werden: Die Mitarbeiter betrachten die Beschäftigung als Tätigkeit, die nicht in ihren Aufgabenbereich fällt. Anhand dieser Aussagen und der Darstellungen der Mitarbeiter und Experten kann geschlussfolgert werden, dass die Betreuung maßgeblich als Aufgabe der Ergotherapie im Zusammenhang mit Beschäftigungsangeboten gesehen wird. Diese Ergebnisse können auch durch die Beobachtungen belegt werden. Darin wird nochmals deutlich, dass für Betreuung im Sinne von Beschäftigung außerhalb der Beschäftigungsrunde, die vormittags und auch am Nachmittag jeweils eine Stunde stattfindet, keine Zeit aufgewendet wird. Die Mitarbeiter versuchen viele Bewohner zur Beschäftigung zu bringen, da *„oben auf dem Wohnbereich nichts los ist“*. Die Bewohner sitzen im Aufenthaltsraum an ihren Plätzen und warten zum Zeitvertreib, wenn sie nicht an der Beschäftigung teilnehmen möchten. Die Mitarbeiter sehen darin den Vorteil, sie besser beobachten und kontrollieren zu können (vgl. Anlage 10, Beobachtungsprotokoll vom 10.11.05).

### ***Selbstbetreuung und Selbstbeschäftigung***

Die Bewohner selbst sehen in der Betreuung einen Unterhaltungswert. Sie verfügen über einen Fernseher und sie versorgen die Tiere der Einrichtung (Meerschwein und Vögel). Auch die Beschäftigung mit dem Ergotherapeuten wird genannt: *„da gehen wir runter wie gestern. Da haben wir unten, damit die Finger beweglich bleiben [...] Perlen auf eine Kette geschoben“ (21, 21).* Die Betreuung kennzeichnet nach Aussagen der Bewohner ebenfalls, dass Geburtstagsfeiern organisiert werden sowie Spielnachmittage und Ausfahrten durchgeführt werden. Weiterhin betrachten die Bewohner die Pflege (Tätigkeiten der Körperpflege) und die Versorgung mit den Mahlzeiten als einen Aspekt der Betreuung: *„Also das Essen und die Betreuung. So wie sie einen waschen und anziehen. Fragen einen auch und man sagt auch seine Meinung, wenn mal was nicht passt. (25, 23).*

Allerdings beanstanden die Bewohner, dass eine persönliche und individuelle Betreuung, die auch durch das Umsetzen von Wünschen zur Eigenversorgung gekennzeichnet ist, fehlt. Der Kontakt zu Ärzten, die durch die Mitarbeiter benachrichtigt werden (vgl. Konzept der Bezugspflege), wenn sie einen Termin vereinbaren möchten, wird von den Bewohnern ebenfalls als mangelhaft angeführt. *„Was fehlt, was ich sagen würde, wäre mal so ein kleiner Einkaufsservice. Wissen Sie, man hat mal Appetit auf was.“* (20, 81). *„Bloß der Arztbesuch dauert alles hier zu lange. Eh die mal wieder kommen. [...] Die haben nicht mal ne Schlaftablette hier. Na die geben sie nicht raus, die Schwestern. Die sagen dann das müssen wir mit der Frau Doktor regeln, dass die eben dann mal öfters zu uns kommt.“* (20, 94-97).

Anhand der dargestellten Aussagen der Bewohner ist erkennbar, dass sich die Bewohner vorrangig selbst mit den Unterhaltungsmedien und mit den Tieren beschäftigen. Weiterhin besteht eine Beschäftigung und Betreuung in speziellen Angeboten der Ergotherapie und besonderen (eher seltenen) Aktivitäten, wie Geburtstagsfeiern und Ausfahrten. Die Bewohner vermissen die persönliche und individuelle Betreuung und Beschäftigung durch die Pflegekräfte, was darauf schließen lässt, dass die Konzepte der Beziehungs- und Bezugspflege nicht konsequent von den Mitarbeitern umgesetzt werden. Dies untermauert die Überlegungen, dass die Betreuung und Beschäftigung von den Mitarbeitern nicht als ihr Tätigkeitsbereich, sondern als Aufgabe der Ergotherapie angesehen wird.

#### 8.6.2.6 Die soziologische Dimension der Pflegequalität

Eine weitere Kategorie stellt die soziologische Dimension der Pflegequalität dar, die insbesondere durch die Arbeit im Team und durch das Teamklima charakterisiert und näher beschrieben wird. Im Folgenden werden diese Kerngedanken näher erläutert.

##### Teamarbeit

##### *interdisziplinäre Zusammenarbeit*

Die Teamarbeit kennzeichnet eine Zusammenarbeit aller Mitarbeiter unter *„Einbeziehung der anderen Bereiche [...] in die Problemlösung. So dass es keine Alleingänge werden, sondern möglichst breit gefächert, um auch die Ressourcen der anderen Mitarbeiter nutzen zu können“* (2, 24). Das bedeutet nicht nur, dass die Pflegekräfte im Team arbeiten, um eine hohe Pflege- und Betreuungsqualität zu erreichen, sondern dass alle weiteren Verantwortungsbereiche (Leitung, Verwaltung, Küche und Hauswirtschaft) ebenfalls zusammenarbeiten.

Eine interdisziplinäre Teamarbeit kennzeichnet nach Angaben der Pflegekräfte, dass die Mitarbeiter miteinander arbeiten, sich aufeinander verlassen können, und delegierte Arbeiten ausgeführt werden. Dazu gehört auch der Austausch im Team über die Pflegeplanung und die gemeinsame Umsetzung bestimmter Konzepte, z. B. eine Aktivierung der Selbstpflege, die von allen Mitarbeitern angewendet wird. *„Qualität, würde ich auch denken, ist auch ein großer Teil von Ehrlichkeit auch [...] die ganze Mitarbeit, die Zuverlässigkeit.“* [...] (5, 30).



## Teamklima

### Kommunikationsstrukturen

Das Teamklima ist durch Kommunikation und Absprachen bei der Dienstübergabe gekennzeichnet, die sich auf die Planung, Organisation und Ausführung der Pflegetätigkeiten und damit auch auf die Pflegequalität in der jeweiligen Schicht auswirkt: *„Weil wir ein ziemlich gutes Team sind, da klappt das mit der Absprache, ich weiß dann sofort, was ich da zu machen hab. Und das wird früh oder dann nachmittags je nach Übergabe gesagt [...] da muss ich nicht erst großartig herumrennen, [...] Das kriegt man eben gleich gesagt und da weis man, aha, wenn ich da heute dran bin, ich muss zu dem, muss dort und dort noch wickeln oder verbinden, cremen und schmieren, das klappt.“* (3, 58).

Nach Aussagen der Experten funktionieren die Kommunikationsstrukturen. Die Kommunikation bezieht sich auf den Umgang der Mitarbeiter mit den Bewohnern und auf das Verhalten der Mitarbeiter im Team bzw. in der Zusammenarbeit mit der Leitung: *„gut funktionierendes Kommunikationssystem, Leitung - Pflege und andersherum Pflege - Leitung / Mitarbeiter - Leitung. Und innerhalb der Pflege“* (2, 110). In den Interviews wird erkennbar, dass hauptsächlich mündliche und schriftliche Informationen verbreitet werden. Mündliche Informationen werden in Teamsitzungen und Übergaben protokolliert, schriftliche Informationen werden vom Mitarbeiter (zur Absicherung und Kontrolle für die Leitung) unterzeichnet. Dieses Procedere lässt eine starke Strukturierung innerhalb der Organisation vermuten, die hauptsächlich durch einen unpersönlichen Informationscharakter gekennzeichnet ist. Diese Strukturierung kann den Mitarbeitern wiederum Orientierung und Sicherheit bieten, mit den aktuellen Informationen versorgt zu werden, um eine qualitativ hochwertige Pflegearbeit durchzuführen.

Die Kommunikation und Absprachen lassen einerseits eine klare Hierarchie im Team vermuten, da eine Pflegekraft oder die Wohnbereichsleitung die Arbeitsaufträge an die anderen Pflegemitarbeiter verteilt. Andererseits ist an diesem Vorgehen auch erkennbar, dass das Bezugspflegkonzept nicht umgesetzt wird, da eine klare Aufgabentrennung vorgenommen wird (vgl. 8.6.2.5, Konzept Bezugspflege).

### Motivation

Die Wünsche der Mitarbeiter bei der Dienstplangestaltung zu berücksichtigen, fördert die Zufriedenheit und Motivation der Mitarbeiter und damit auch das Teamklima. In Teambesprechungen können Probleme mit Bewohnern und auch Fragen zur Pflegeplanung geklärt werden. Als besonders wichtig schätzen die Mitarbeiter die Möglichkeit ein, sich im Team aussprechen zu können: *„Das man das dann unterm Personal dann nicht bloß abgewertet wird als „... na das ist nun mal so, da kannst nicht dran ändern die sind nun mal alt ...“. Nee, das muss so verstanden werden, dass man das einfach mal runter nimmt, nicht mit nach Hause nimmt“* (17, 58).

Als positiv wird auch erwähnt, dass sich die Pflegekräfte bei der Pflege der Bewohner abwechseln und im Zusammenhang mit der Pflege schwieriger Bewohner die Arbeit an einen Kollegen delegieren können. *„Wenn jetzt wirklich irgendwas war, wo zwei, drei Tage lang die Bewohnerin immer auf einem rumhackt, haben wir die Möglichkeit zu sagen, 'weiß du was, geh du heute mal rein, ich kann die heute nicht ansehen'“* (27, 46).

### **Akzeptanz und Personalauswahl**

Nicht nur die Absprache im Team auch die Akzeptanz der anderen Kollegen wird als wichtig eingeschätzt. Die Akzeptanz bezieht sich dabei auf die Unterschiede in der Qualifikation (Fachkraft oder Hilfskraft) und das Konkurrenzdenken der Mitarbeiter: *„Das man miteinander redet und soweit im Rahmen jetzt nicht ausgelernte Mitarbeiter auch richtig intensiv mit in die Pflege einbezieht.“* (27, 54)

Vor allem das Verständnis der Mitarbeiter im Team und eine ruhige Arbeitsatmosphäre tragen zu einer Akzeptanz und einem gutem Teamklima bei, die sich auch auf den Bewohner und seine Zufriedenheit und damit auf die Pflegequalität auswirken. Weiterhin wird erkennbar, dass die Zusammenarbeit im Team und dadurch das Teamklima die Mitarbeiterzufriedenheit beeinflussen. *„Wenn die Mitarbeiter sich gut verstehen, ist eine gute Arbeitsatmosphäre und das widerspiegelt sich auch auf den Heimbewohner. Dann herrscht ne ruhige Arbeitsatmosphäre“* (11, 23). *„Ich meine nach Außen hin tut man dann auch was verkörpern und wenn das dann schon untereinander nicht stimmt, kann man auch nicht von Qualität irgendwie reden.“* (5, 30).

Die Akzeptanz der Mitarbeiter im Team betrifft auch die Einstellung neuer Mitarbeiter und ihre Integration in das Team. Besonders bei der Einstellung neuen Personals wird die Person im Hinblick auf ihre Integration und Anpassung in das Team ausgewählt. *„Wenn man jetzt Mitarbeiter einstellt, die sage ich mal jetzt so, die ähnliche Eigenschaften haben, dann versteht man sich besser, die lassen sich besser händeln und es ein besseres ineinander übergehen.“* (11, 23).

### **8.6.2.7 Einflüsse auf die Pflegequalität**

Eine weitere Kategoriegruppe, die inhaltsanalytisch aus den Interviews Aussagen und den Beobachtungen entwickelt wurde, umfasst verschiedene Einflüsse auf die Pflegequalität. Diese Einflüsse werden in die Kategorien wirtschaftliche Einflüsse, Einflüsse durch das Team, durch die Pflegekraft und durch das Management und die Organisation differenziert und nachfolgend erläutert:

#### **Wirtschaftliche Einflüsse auf die Pflegequalität**

Diese Kategorie umfasst die zu erläuternden Punkte Pflegestufen, Personalmanagement und fehlende finanzielle Mittel.

#### **Pflegestufen**

Gewichtige finanzielle Einflüsse auf die Pflegequalität werden den Pflegestufen der Bewohner und der Personalanzahl der Mitarbeiter im Pflegebereich zugeschrieben. Der MDK legt die Pflegestufe der Bewohner und damit die Finanzierung der Pflege und der Heimkosten für den Bewohner durch den Pflegesatz fest. Anhand der Einstufung der Bewohner wird der Personalaufwand berechnet. Das bedeutet, je mehr schwerstpflegerische Bewohner im Heim leben, umso mehr Personal kann eingestellt werden und je niedriger die Einstufung der Bewohner erfolgt, umso begrenzter ist die Verfügbarkeit finanzieller Mittel für Personalkosten. Wenn ein Bewohner mit einer Pflegestufe 1 ins Heim kommt, aber eine Erhöhung auf Pflegestufe 2 aufgrund seines körperlichen und geistigen Zustandes und der erhöhten Zeitaufwendung in der Pflege erforderlich ist, wird von den Mitarbeiter eine sehr genaue Dokumentation aller Leistungen verlangt, *„In dem*

*minutiös nachgewiesen wird und Tagebuch geschrieben, welche Leistungen an welchem Tag gemacht worden sind. Und in dem die Mitarbeiter motiviert werden, die Berichtblätter in den Dokumentationen so zu führen, dass sie lückenlose Tagesabläufe oder Abläufe in Krankheitsbildern belegen und somit einen Aufwand belegen“ (2, 119).*

Den Mitarbeitern ist bewusst, dass ihre Arbeitsplätze von den Pflegestufen der Bewohner abhängig gemacht werden. Ein Problem, das sich in den Aussagen der Pflegekräfte herauskristallisiert, besteht in der Heimaufnahme durch die Leitung, die zu viele Bewohner mit Pflegestufe 1 ins Heim aufnimmt: *„bloß wir tun die Leute ja nicht einmieten, das macht ja eigentlich die Leitung. Und wenn die Pflegestufe 1 haben, wir können das nicht ändern.“ (6, 30).*

Aufgrund der wirtschaftlichen Ausrichtung eines Altenpflegeheims, z. B. die Bewohnerzimmer auszulasten, um ökonomisch zu arbeiten, wettbewerbsfähig zu bleiben und am (regionalen) Markt Bestand zu haben, ist die Leitung jedoch häufig gezwungen einen Bewohner mit Pflegestufe 1 aufzunehmen. Das Pflegepersonal resigniert zunächst und legt dann Widersprüche gegen den MDK-Bescheid ein, der ein weiteres Mal zur Widerbegutachtung einbestellt wird: *„wir können am Ende da ja nichts ändern dran. Und wenn die Leute mit der Pflegestufe 1 zu und ins Heim kommen, dann müssen wir versuchen die auf die 2 hoch zustufen“ (6, 141).*

Die Pflegekräfte empfinden den großen Aufwand an Dokumentationen als Belastung. Die Dokumentation soll dazu beitragen eine bessere Pflegequalität zu erreichen, wirkt sich aber nur indirekt auf eine bessere Betreuungs- und Beziehungsqualität zum Bewohner aus. Dieser Aspekt kann damit begründet werden, dass der Bewohner mit Pflegestufe 1 vor der Erhöhung mit einem vergleichbaren Pflegeaufwand der Pflegestufe 2 betreut wurde. Die „überschüssige Zeit“ wird durch eine Erhöhung der Pflegestufe nicht für den Bewohner, sondern für die Dokumentation aufgewendet. *„das man genau gucken muss, wo man jetzt einschätzen könnte, hier könnte eine höhere Beantragung stattfinden. Das man dort auch noch besser und noch mehr, intensiver dokumentiert.“ (29, 73)*

### **Personalmanagement**

Der „große Personalmangel“ bedeutet zwangsläufig eine schlechte Pflegequalität. Eine *„gute Betreuung oder nach unseren Bedürfnissen der Bewohner gute Betreuung [erfordert] eine bestimmte Anzahl an Mitarbeitern. [...] Wenn ich die unterschreite, kann ich eine bestimmte angedachte Qualität nicht bringen.“ (2, 58-61).*

Die Leitung ist ständig gezwungen im Sinne einer wirtschaftlichen Arbeitsweise zu überprüfen *„wann sind vom Arbeitsaufwand und den Bedürfnissen der Bewohner her die größten Druckzeiten und wie viel Personal brauche ich, um den anfallenden Arbeitsaufwand in der Zeit zu bewältigen. Im selben Atemzug zu gucken, wann ist weniger Druck und gibt es die Möglichkeit, dort mit weniger Personal zu hantieren“ (2, 65).*

Aufgrund der Zusammenhänge zwischen Personalstellen und Pflegestufen (Pflegestunden) der Bewohner ist es der Leitung nicht möglich, das Personal aufzustocken. Aus diesem Grund werden Alternativen gesucht, wie z. B. ehrenamtliche Mitarbeiter oder Hilfskräfte. Das wirkt sich nach Aussagen der Leitung nachteilig auf die Bezugspflege und Bezie-

hungsgestaltung zum Bewohner aus. Die Personalanzahl wird zwar erhöht, aber um mehr Pflegestunden zu erhalten, wird die Stundenanzahl der Mitarbeiter gesenkt. Dadurch ergeben sich Vorteile in der Anzahl des Personals je Dienst, aber die Mitarbeiter benötigen somit mehr Freizeitausgleich, das Personal wechselt häufiger und die Durchführung der Bezugspflege wird beeinträchtigt.

Dieses kontroverse Vorgehen, wird von den Pflegekräften ebenfalls als kritisch beschrieben, die zudem mit einer hohen Fluktuation an Hilfspersonal auf dem Wohnbereich umgehen müssen. *„Und das verkraften die Leute nicht. Da werden die ganz irre. Da kriegen die Angst, dass die bestohlen werden, dass die Leute erkennen sie nicht. Und wenn dann so viel Personal da ist, dann werden die durcheinander, dann ist es mitunter zu laut“* (6, 134).

Einige Pflegekräfte geben an, dass die Personalsituation auch von den Bewohner nicht unbemerkt bleibt: *„manchmal müsste man wirklich mehr Personal haben. Damit die Qualität besser wird. Wir merken das ja auch im Gespräch von den Bewohnern, das dann oft gesagt wird, ... ach sie machen immer alles husch husch“* (29, 58).

Die Bewohner bemerken die Personalsituation bzw. das fehlende Personal im Zusammenhang mit der Hilfsbedürftigkeit anderer Bewohner. Scheinbar sind ihnen die Zusammenhänge der Personalsituation vertraut, denn sie geben beispielsweise an, dass das Heim an *„bestimmte Vorgaben“* (28, 20) gebunden ist, die vom Pflegepersonal nicht beeinflusst werden können. *„Wenn ich mir das so angucke die Rollstuhlfahrer, die müssen verpflegt werden. Dann ist ja die Gehbehinderten, die nicht mehr ganz in Ordnung sind, die möchten betreut werden beim Essen vor allen Dingen, denn es gibt ja welche die [...] behalten gar nichts auf dem Löffel.“* (28, 65).

Die Mehrheit der Pflegekräfte sieht in der schlechten Personalsituation und dem dadurch erheblichen zeitlichen Druck das größte Defizit der Pflegqualität und den größten verbesserungsfähigen strukturellen Zielgedanken für die Zukunft des Altenpflegeheims.

### ***Fehlende finanzielle Mittel***

Die finanzielle Situation der Einrichtung wird in den Interviewaussagen auch anhand fehlender finanzieller Mittel für Pflegehilfsmittel deutlich: *„Uns fehlen ja, ich sage jetzt mal, in der Pflege Hebegeräte, [weil] das Budget immer so knapp ist [...] Wir haben ja zum Beispiel nur einen Badlifter-Stuhl auf unserer Station und alles andere wird manuell gemacht. Wir haben Personal, die kriegen ganz einfach gar nicht die Leute hoch.“* (6, 28; 129). *„Lifte wo sie besser drin stehen können, wo man sie besser handhaben kann zum Toilettengang oder so. Das haben wir auch nicht“* (4, 64). Anhand dieser Aussagen, lässt sich der Zusammenhang Finanzierung und Pflegequalität verdeutlichen. Das Personal muss schwere Hebearbeiten aufgrund fehlender Geräte manuell ausführen. Dieses Tätigkeiten belasten die Gesundheit der Mitarbeiter und damit auch zwangsläufig die Bewohnerzufriedenheit und die Qualität in der Pflege. Die Mitarbeiter fallen wegen Krankheit öfter aus, es entstehen Fehlzeiten, die durch Kollegen aufgearbeitet werden. Die Vertretungen müssen jedoch ihre Mehrstunden wieder abbauen. Daraufhin werden die Dienste der Pflegekräfte mit weniger Mitarbeitern eingeteilt, was sich auf die Qualität der zu leistenden Pflege und Betreuung auswirkt.

Wirtschaftlichkeit bedeutet an Hilfsmitteln für Prophylaxen und am Materialverbrauch zu sparen. Dieser Arbeitshintergrund kennzeichnet den Pflegealltag der Mitarbeiter ebenso wie der enorme Dokumentationsaufwand. Pflegequalität zu leisten, sollte im Grunde der Ausgangspunkt und die Basis für die Arbeit mit Bewohnern darstellen, aber sie wird immer häufiger zum Ziel der Arbeit erklärt.

### **Politik des Gesundheitssystems**

Nicht nur von der Leitung auch von den Mitarbeitern wird eine Erklärung für den „Notstand der Pflege“ im Sinne fehlender Finanzen, Personalmangel und minderer Pflegequalität in der Politik gesucht: *„Die Gesetzlichkeiten, [...] Also finanziell, das wir so gebunden sind, dass wir gar nicht alles das umsetzen können was wir wollen [...] der alte Mensch mit dieser Pflegestufen-Einstufung, wird in so ein Raster gepresst. [...] diese Einstuferei, diese ganze Gesundheitsreform und Pflegeversicherung, das ist alles unausgegoren.“* (1, 23).

Das Sozialsystem und die Pflegesätze „umorganisieren“ wird als Maßnahme von einer Pflegekraft vorgeschlagen, um die finanzielle Situation der Einrichtungen zu verbessern. Der Politik und dem Gesundheitssystem werden somit Einflüsse auf die Finanzierung der Heime und Träger und schließlich auf die geleistete Pflegequalität zugeschrieben. *„Gerade die 1 braucht am meisten Zeit von der Pflegestufe und wird am wenigsten bezahlt. Die 3, die liegen im Prinzip Schwerstpflege im Bett, mit denen hat man halb so viel Arbeit, wie mit der 1.“* (9, 71).

### **Einflüsse durch das Team auf die Pflegequalität**

Die Zusammenarbeit der Mitarbeiter im Team und das Klima zwischen den Pflegekräften und der Leitung beeinflussen ebenfalls die Pflegequalität und werden durch die Merkmale Benachteiligung, Kommunikation und Zusammenarbeit charakterisiert.

### **Benachteiligungen**

Das Klima zwischen den Mitarbeitern stellt einen Einfluss auf die Pflegequalität dar. Es werden Benachteiligungen angeführt, die sich u. a. auf fehlende Absprachen im Team beziehen. Es werden keine Absprachen zwischen den Mitarbeiter getroffen, die Aufgaben werden nachteilig für Pflegehilfskräfte verteilt oder Pflegekräfte stellen sich in den Mittelpunkt und „spielen“ den Vorgesetzten: *„Das es nicht ist, zumindest hab ich jetzt nur in meinem Wohnbereich die Einsicht, gerade bei uns ist es nicht so, dass sage ich jetzt mal Altenpflegerin die pflegerischen Sachen macht und du kannst nur „Kacke räumen“ sage ich jetzt mal, dass man miteinander redet uns soweit im Rahmen jetzt nicht ausgelernte Mitarbeiter auch richtig intensiv mit in die Pflege einbezieht.“* (27, 54) *„Man hat immer mal ein, zwei Schwestern darunter, die so bisschen, wo man spürt, das ist die Chefin“* (12, 8).

### **Kommunikation**

Die Kommunikation im Team bestimmt ebenfalls das Klima, wichtig ist, dass ungelernete Pflegekräfte in das Team und die Pflege einbezogen werden, im Team auch über die angewendeten Pflegemethoden gesprochen wird und Ratschläge der anderen Mitarbeiter angenommen werden. *„Der eine gibt einen Tipp, „versuch es doch mal so“, wo man sagt, „da hast du Recht, das ist ne Möglichkeit.“* (5, 46).

Das Klima zwischen Pflegekräften und Leitung kann auch als Einfluss auf die Pflegequalität betrachtet werden. Motivationen und Bestätigungen, die von der Leitung an die Mitarbeiter gerichtet sind, bestärken sie in ihrer Arbeit und fördern auch das Klima innerhalb des Teams. Das Besprechen und gemeinsame Erarbeiten von Projekten für die Einrichtung, z. B. der Beschwerdebriefkasten und die Zusammenarbeit im Qualitätszirkel, fördern die Transparenz und die Integration für beide Seiten.

### **Zusammenarbeit**

Die gemeinsam geplante und durchgeführte Arbeit der Mitarbeiter im Team überträgt sich auf die Bewohner. Eine organisierte und geplante Arbeit beeinflusst die Pflegequalität indem Aufgaben klar angeordnet und verteilt werden und sich die Mitarbeiter aufeinander verlassen können. Die Bewohner sind zufrieden und somit ist ein Aspekt der Pflegequalität erreicht. Wie bereits angeführt, bestimmen Teamklima und Teamzusammenarbeit die Zufriedenheit der Mitarbeiter. Sind diese unzufrieden und fühlen sich in ihrer Arbeit nicht bestätigt und von den Kollegen nicht verstanden, überträgt sich ihr Handeln auf die Bewohner und deren Zufriedenheit, die wiederum die Pflegequalität beeinflussen. *„Die Bewohner spüren, das Personal, es läuft super unter dem Personal, sie sprechen sich ab, es läuft Hand in Hand, und nicht, der Eine sagt es so, der Andere sagt so.... [...] Ich denke, dass überträgt sich auf die Bewohner“* (3, 30).

### **Einflüsse durch die Pflegekraft auf die Pflegequalität**

Die Aspekte, die sich auf die Person der Pflegekraft beziehen und die Pflegequalität beeinflussen, können im Kontext ihrer Persönlichkeit und ihres verfügbaren und angewendeten Fachwissens erläutert werden.

### **Persönlichkeit und Fachwissen**

Die Pflegekraft beeinflusst durch ihre Persönlichkeit und die Anwendung ihres Fachwissens die Pflegequalität. Die eigene Motivation, Zielstrebigkeit und Konsequenz in der Arbeit und die Bereitschaft der Mitarbeiter, sich weiterzubilden und Wissen anzueignen, bestimmen das Verhalten und die Arbeitsweise mit dem Bewohner. Die Mitarbeiter sollten *„Dass man jetzt Mitarbeiter hat, die bereit sind, die von ihrer Anlage her, sage ich mal ruhig sind, viel aushalten und sich auch mit Wissen beschäftigen. Sich weiterbilden wollen“* (11, 53-55).

Über die bereits dargestellten Kompetenzen (vgl. subjektbezogene Dimension der Pflegequalität) sollte ein Mitarbeiter nach Angaben der Experten und Pflegekräfte verfügen bzw. diese erwerben, um eine qualitativ hochwertige Pflege und Betreuung der Bewohner zu leisten. Vorhandenes Wissen und der Erwerb neuen Wissens beeinflussen nach Angaben der Interviewpartner eine gute Pflegequalität: *„Ne gute Pflege kann ich nur mit einem gewissen Maß an Wissen machen. Und dieses Wissen in der Praxis eigentlich umsetze. Also Wissen ist unwahrscheinlich, ohne Wissen geht gar nichts, sage ich jetzt mal so. Für mich war das unheimlich wichtig, dass ich mir dieses Wissen aneignen konnte.“* (11, 26).

**Einflüsse durch Management und Organisation auf die Pflegequalität**

Die Einflüsse durch Management und Organisation umfassen die Punkte Fort- und Weiterbildungsangebote, Kontrolle und Evaluation, Arbeitsorganisation sowie Personaleinsatz und Nutzung von Zeitkapazitäten.

**Fort- und Weiterbildungsangebote**

Das Management kann die zu erbringende Pflegequalität durch Fort- und Weiterbildung beeinflussen, indem z. B. die Referenten in die Einrichtung kommen, die Fortbildungen vor Ort durchführen, und indem die Mitarbeiter sensibilisiert werden, sich selbst in der Ausübung ihrer Arbeit zu überprüfen. *„Dass wir die bestmögliche Pflegequalität erreichen, also dass die Leute hier wirklich eins A versorgt werden. [...] da sind wir wirklich mit Fort- und Weiterbildung ohne Ende dabei. Also da legen wir auch riesen Wert darauf“* (1, 86). *„Wo es aber auf jeden Fall auch immer Dauerproblematiken gibt, wo man daran arbeiten muss, die Mitarbeiter zu sensibilisieren, sind trotzdem Dinge der Lagerungen, der Körperlagerung, Dinge der Ernährung, des Flüssigkeitsdefizits [...] wo man aber merkt das sind Dauerthemen, die man eigentlich immer wieder sensibilisieren muss, damit sie nicht verflachen.“* (2, 100).

**Kontrolle und Evaluation**

Kontrollen und Evaluation der durchgeführten Arbeit der Pflegekräfte durch die Leitung beeinflussen ebenfalls die Pflegequalität. Im Rahmen von Kontrollen der Dokumentation, wendet sich die Leitung direkt an den betreffenden Mitarbeiter, der diese überarbeiten muss. *„Mit Kontrollen, wieder darauf hinweisen [...] Mängel weniger an die Wohnbereichsleiter herantrage, sondern direkt angehen will, an die Bezugspflegemitarbeiter“* (2, 135).

Ein Defizit im Bereich der Überprüfung besteht nach Angaben der Experten in der zielstrebigem Verlaufskontrolle und der Transparenz von Leitungsentscheidungen gegenüber den Mitarbeitern. Dies wirkt sich ebenfalls beeinflussend auf die Motivation der Mitarbeiter und somit auf die Pflegequalität aus. *„Man macht nicht zielstrebig irgendeine Verlaufskontrolle, also das haben wir noch nicht. Das wäre aber was, was wir noch mit machen müssten.“* (1, 79).

**Arbeitsorganisation**

Die Organisation der Arbeit beeinflusst ebenfalls die Pflegequalität. Die Arbeitsorganisation soll die Mitarbeiter unterstützen, ihre Tätigkeiten zu strukturieren und reibungslos durchzuführen: *„die Organisiertheit der Tätigkeiten, den Mitarbeitern einfach hilft, ihre Tätigkeit reibungslos und gern zu machen“* (2, 46).

Aufgrund des Personalmanagements ist die Durchführung der Pflege oftmals nur im Sinne einer „Fließbandarbeit“ möglich. Dieser Aspekt der Pflegequalität beeinflusst die Durchführung der Bezugspflege und die Beziehungsgestaltung zu den Bewohnern. Die Organisation der Medikamentenbestellung und auch das Setzen der Medizin in der Nachtschicht wirken sich auf die Pflegequalität aus: Es werden Fehler beim Austeilen der Medizin an die Bewohner festgestellt. Dieser Ablauf wird von einigen Pflegekräften als Defizit in der Arbeitsorganisation gesehen: *„Wir haben aber Probleme, es wird vieles falsch gemacht. Es*

*wird falsche Medizin aufgeschrieben, manchmal wird zu viel aufgeschrieben, weil die Ärzte auch bloß gucken und bestimmte Sachen aufschreiben.“ (11, 61)*

Von einigen Pflegekräften wird ebenfalls Kritik im Zusammenhang mit den Arbeitsabläufen in der Körperpflege der Bewohner geäußert. Eine situationsbedingte Pflege stellt gegenüber einem täglichen Waschen der Bewohner, das sehr viel Zeit in Anspruch nimmt, ein besseres Konzept dar. *„Generell ist es ja so, dass die Grundpflege die oberste Priorität hat. [...] das man die eben jeden Tag wäscht von oben bis unten, früh und abends und da vergeht eben die meiste Zeit dann daran. Und das man da vielleicht einfach sagt, wir machen das eben situationsbedingt und dass man mehr Zeit für den Menschen hat.“ (14, 74-76).*

### **Personaleinsatz und Nutzung von Zeitkapazitäten**

Weitere organisatorische bzw. strukturelle Faktoren, die die Pflegequalität beeinflussen, sind im Personaleinsatz und der Nutzung von Zeitkapazitäten zu sehen. Die Pflegekräfte arbeiten in der Pflege der Bewohner immer unter Zeitdruck, da das Personal nach Einschätzung aller Befragten zu knapp ist. Grundsätzlich würden sich die Mitarbeiter gern mehr mit dem Bewohner unterhalten oder längere Zeit bei ihm im Zimmer verbleiben, nur reicht die Zeit dafür nicht aus.

Pflegeplanungen werden oftmals in der Freizeit der Mitarbeiter durchgeführt und Pflegetechniken werden aufgrund von Zeitmangel nicht angewendet. *„Die Zeit reicht eigentlich vorne und hinten nicht. Muss man so sagen. Nee eigentlich wie gesagt, es ist alles Freizeit, was wir ... Das geht schon mal mir los die ganze Pflegeplanung muss in der Freizeit gemacht“ (11, 60).* *„Bobath ja aber Basale Stimulation schafft man nicht, dafür ist keine Zeit mehr.“ (12, 30).*

Fehlende Zeit und Personalmangel beeinflussen die Zufriedenheit der Bewohner und Mitarbeiter und damit die Pflegequalität. Die Mitarbeiter sind damit unzufrieden, dass sie keine Gespräche mit den Bewohnern führen können, die Bewohner sind mit der schnellen Arbeitsweise unzufrieden und würden sich gern länger mit dem Pflegepersonal unterhalten.

Hilfskräfte wie 1-Euro-Jobber und auch Auszubildende entlasten die Mitarbeiter zuweilen. Die Einsatzplanung scheint jedoch nicht optimal organisiert zu sein, da entweder sehr viele Hilfskräfte auf dem Wohnbereich arbeiten oder keine Unterstützung anwesend ist. *„Zurzeit ist sehr schön, dass Schüler da sind, aber es sind zurzeit so viele da, [so] dass die Menschen es schon auch als störend empfinden. [...] Das wäre schon schön, wenn es übers ganze Jahr verteilt wäre“ (7, 67).*

Im Rahmen der Beobachtung wird ebenfalls der Einfluss des Personaleinsatzes im Hinblick auf mögliche Zeitkapazitäten und deren Nutzung für die Pflege und Betreuung deutlich. Beobachtet wird, dass in einigen Diensten mehrere Auszubildende und Praktikanten eingeteilt sind und dadurch arbeitsorganisatorische Kapazitäten freigesetzt werden. Diese werden jedoch nicht für zwischenmenschliche Kontakte und eine Betreuung der Bewohner genutzt: Trotz der wenigen bettlägerigen Bewohner, die zur IKM-Runde versorgt werden müssen und den an diesem Tag mehr anwesenden Mitarbeiter, wird die Pflege der



Bewohner nur auf das Wechseln des Inkontinenzmaterials reduziert, ein Getränk gereicht und einige Worte mit dem Bewohner gewechselt, um dann schnell das Zimmer wieder zu verlassen. Kurze Zeit darauf, stehen die Mitarbeiter „arbeitssuchend“ herum und fragen sich gegenseitig, welche Tätigkeiten sie noch durchführen könnten. An diesem Tag haben die Auszubildenden und Mitarbeiter zwischen 10:30 Uhr bis zum Mittagessen der Bewohner nicht mehr viel zu tun, sie suchen sich eine Beschäftigung, indem sie Bewohner „ausfindig machen“, die in dieser Woche noch nicht gebadet wurden, und baden drei Bewohner. Unwesentlich scheint, dass diese am Morgen schon gewaschen wurden. Allgemein scheint das Baden von Bewohnern einen akzeptierten zeitlichen „Lückenfüller“ darzustellen. Im Gegensatz dazu wird weiterhin beobachtet, dass an diesem Tag zwei Mitarbeiter ab 11:00 allein für 30 Bewohner zuständig sind und anderes Personal aus der Küche oder Verwaltung bitten müssen, beim Servieren des Mittagessens „auszuhelfen“ (vgl. Anlage 10, Beobachtungsprotokoll vom 10.11.05).

Zusammenfassend kann resümiert werden, dass die beschriebenen Dimensionen der Pflegequalität sowie die Bewohnerstereotype miteinander in Verbindung stehen. Die organisierte Arbeit und die strukturelle funktionale Pflege bewirken eine Anpassung der Bewohner an die Abläufe im Altenpflegeheim und somit die Herauskristallisierung der Stereotype „angepasster Bewohner“, „abhängiger und uneigenständiger Bewohner“ sowie „der Einzelgänger“. Die aufgezeigten Pflegekonzepte, insbesondere das Beschäftigungs- und Betreuungskonzept, lassen eine Verbindung zum Stereotyp „Verkindlichung“ der Bewohner erkennen. Grundsätzlich wird deutlich, dass die Dimensionen der Pflegequalität gleichzeitig auch beeinflussende Faktoren darstellen. Das wird besonders darin erkennbar, dass die erläuterten Einflüsse mit den Dimensionen der Pflegequalität im Zusammenhang stehen bzw. teilweise wiederholend angeführt werden und sich auf einzelne Unterkategorien der Dimensionen der Pflegequalität beziehen.

## 8.7 Datenanalyse T<sub>2</sub>

Wie bereits in Kapitel 8.5 dargestellt, erfolgt die Datenanalyse der Erhebungsphase T<sub>2</sub> in gleicher Weise unter Verwendung des Programms MAXqda2<sup>®</sup> Software for Qualitative Data Analysis.

### 8.7.1 Datenanalyse der Critical Incidents

Die Analyse der erhobenen Daten und Textpassagen der Critical Incidents mit den Fragen zu positiven und negativen Situationen aus dem Arbeitsalltag der Mitarbeiter wird, wie in Kapitel 8.5.1ff. beschrieben, anhand der Analyseschritte in Anlehnung an FLANAGAN (1954) vorgenommen.

Die Situationsbeschreibungen (Critical Incidents) werden entsprechend der geschilderten Situation bezeichnet. Daran schließt sich eine Zusammenfassung ähnlicher bzw. gleicher Situationen unter einer Kategorie an. In der Erhebungsphase T<sub>2</sub> können somit 53 Critical Incidents in den Interviews ermittelt werden. Zusammengefasst und strukturiert ergeben sich 31 Critical Incidents, die den Ausgangspunkt der Datenanalyse bilden.

### 8.7.1.1 Ermittelte Critical Incidents

Die nachstehende Tabelle 8-18 listet die 31 Critical Incidents der Experten, Mitarbeiter und Bewohner auf. Die Häufigkeitsauszählung bezieht sich auf die von den jeweiligen Untersuchungsgruppen genannten Situationsbeschreibungen.<sup>88</sup>

Nr.	Critical Incidents: + (positiv) – (negativ)	Häufigkeiten					
		Experten		Mitarbeiter		Bewohner	
		+	–	+	–	+	–
1	Bewohnerin klingelt ständig		1		4		2
2	Integration eines Bewohners	1					
3	Pflege durch Schüler geleistet	1		1			
4	Unfreundlicher und unsensibler Mitarbeiter		1				
5	Bewohnerin freut sich			2			
6	Bewohnerin möchte als Erste ins Bett				1		
7	Dankbare Bewohner			1			
8	Bewohner lehnt Speisen und Getränke ab				1		
9	Verwirrtem Bewohner schmeckt das Essen nicht				1		
10	Pflegekräfte organisieren Beschäftigung			1			
11	Bewohner wecken			1	1		
12	Unruhige Bewohner			1	1		
13	Bewohner beschimpfen sich gegenseitig				1		
14	Unzufriedene Bewohner				1		
15	Bewohner diktieren Mitarbeiter				1		
16	Depressive Bewohner				1		
17	Bewohner beschweren sich über Mitarbeiter				2		
18	Bewohner beleidigen Mitarbeiter				2		1
19	Körperpflege			2	1	1	
20	Mitarbeiter deckt Krankheit bei Bewohner auf			1			
21	Bewohner aktivieren und mobilisieren			3			
22	Dementer Bewohner bastelt an elektrischen Geräten				1		
23	Dementer Bewohner findet sein Zimmer nicht			1			
24	Dementer Bewohner zieht sich eine Tüte über den Kopf				1		
25	Verbesserter Gesundheitszustand eines Bewohners			1			
26	Bewohnerin lehnt ärztliche Anordnungen ab				1		
27	Toilettenbegleitung						1
28	Bewohnerin hat Schmerzen						1
29	Mitarbeiter unterstützen und geben Hilfestellung					5	
30	Bewohnerin stürzt					1	
31	Eingebildete Mitarbeiter						1
	Summe:	2	2	15	21	7	6
	Gesamtanzahl Critical Incidents:	53					

Tabelle 8-18: Critical Incidents  $T_2$  und ihre Häufigkeiten

<sup>88</sup> Zur Veranschaulichung der Datenerhebung positiver und negativer Critical Incidents werden die Ereignisse entsprechend geordnet. Die Auswertung der Daten konzentriert sich jedoch nicht auf eine Unterscheidung nach positiven und negativen Critical Incidents.

### 8.7.1.2 Situationsbeschreibungen: Von Critical Incidents zu Verhaltensweisen

Die 31 Critical Incidents werden im Folgenden vorgestellt. Sie werden dabei in Verhaltens- und Ergebnisschilderungen differenziert und die betreffenden Aussagen in den einzelnen Situationsbeschreibungen zugeordnet. In die Auswertung fließen ebenfalls die Gründe für die Handlungen ein, die die Probanden in den Interviews angeben. Wie bereits in den Auswertungen der Erhebungsphase T<sub>1</sub> werden bei mehrfachen Nennungen eines ähnlichen Critical Incident die einzelnen Situationsbeschreibungen in den folgenden Darstellungen nur angedeutet bzw. zusammengefasst vorgestellt. Am Ende dieses Analyseschrittes können die aus den Critical Incidents ermittelten Verhaltensweisen gruppiert und zusammengefasst werden (vgl. Anlage 7). Im Verlauf der Auswertung werden aus den Verhaltensweisen Fähigkeiten ermittelt (vgl. 8.7.1.3).

#### Situationsbeschreibungen

##### *Bewohnerin klingelt ständig (Nr. 1)*

Von einem Experten, vier Mitarbeitern und zwei Bewohnern werden ähnliche negative Situationen im Zusammenhang mit einer Bewohnerin beschrieben, die ständig und wiederholt klingelt<sup>89</sup>: „also sie klingelt im fünf bis zehn Minuten Rhythmus, also gestern Abend bin ich drin gewesen, war lange bei ihr, habe sie bettfertig gemacht, ich war vielleicht wirklich zehn Minuten erst raus, da hat sie wieder geklingelt.“ (15, 34; 23, 17-35; 14, 19-31; 8, 58-64; 5, 136-142; 3, 13-21; 1, 18-22<sup>90</sup>).

Experte, Mitarbeiter und Bewohner beschreiben die Verhaltensweisen der Mitarbeiter, die Ergebnisse und Gründe für das Verhalten der Mitarbeiter in den Situationen folgendermaßen:

#### Verhaltensweisen

#### Interview-Aussagen

Leitung schützt Mitarbeiter

Die Mitarbeiter dürfen mit der Zustimmung der Leitung der Bewohnerin mitteilen, dass sie warten muss und sie später zu ihr kommen: „wenn es das 15. Mal ist wo sie klingelt, ich muss jetzt, ich habe Arbeit jetzt, ich muss jetzt gehen und das haben wir auch gesagt, das ist der Schutz der Mitarbeiter, da unterstützen wir die eben auch“.

Leitung akzeptiert Klingel ausdrücken

Die Leitung „steht hinter den Mitarbeitern“, auch wenn diese bei der Bewohnerin die Klingel ausdrücken und nicht zu ihr gehen: „und muss keiner Angst haben um die Arbeit, dass sie hier irgendwelche Leistungen nicht bringt oder unfreundlich oder wirklich bloß die Klingel ausdrückt“

<sup>89</sup> Im Zusammenhang mit diesem Critical Incident wird in den folgenden Analysen erkennbar, dass es sich um dieselbe Bewohnerin handelt, die die Mitarbeiter und Bewohner in den Mittelpunkt ihrer Beschreibungen stellen. An dieser Stelle ist es für ein besseres Verständnis der beschriebenen Situation erforderlich, einige Informationen zur Bewohnerin zu geben: Aus den Bewohnerinterviews kann entnommen werden, dass die Bewohnerin an der Parkinsonkrankheit leidet und dadurch Schwierigkeiten hat, ihre Bewegungen zu koordinieren. Weiterhin ist aus den Beobachtungen und Gesprächen mit der Leitung bekannt, dass die Bewohnerin erst kürzlich den Todesfall ihres Ehemannes verschmerzen musste.

<sup>90</sup> Diese Angaben bezeichnen das Interview und die Zeilen im Interview, auf die sich die Angaben beziehen (z. B. Interview Nr. 18, Zeile 22).

Leitung unterstützt Mitarbeiter	<i>„Also ich denke auch durch die Sicherheit wissen die Mitarbeiter auch, ja die Leitung steht dahinter und wir wissen auch wie es denen geht, oben den Mitarbeitern.“</i>
Mitarbeiter sind genervt	Die Mitarbeiter sagen, dass sie das zehnminütige Klingeln der Bewohnerin als sehr nervend empfinden.
Mitarbeiter ärgern sich	Die Mitarbeiter geben an, dass sie sich über die Bewohnerin und ihr Klingeln ärgern.
Mitarbeiter ist lange bei ihr	Eine Mitarbeiterin gibt an, sich abends lange Zeit für die Bewohnerin zu nehmen.
bettfertig machen	Die Bewohnerin wird abends bettfertig gemacht.
überfordert fühlen	<i>„Ich war vielleicht wirklich zehn Minuten erst raus, da hat sie wieder geklingelt. Und dann haben wir eingeschrieben und dann hat sie wieder geklingelt, das geht permanent und dann fühle ich mich irgendwie überfordert, weil wir zu wenig Personal in dem Sinne sind.“</i> <i>„Man geht ja immer wenn es klingelt ja, aber das ist dann halt ein bisschen viel.“</i>
Bewohner erwartet 1:1 Betreuung	Eine Mitarbeiterin schildert, dass die Bewohnerin von ihnen eine 1:1 Betreuung erwartet.
kümmern	Die Mitarbeiter kümmern sich um die Bewohnerin.
dem Bewohner das Verhalten vorwerfen	<i>„Und sie, wir teilen ihr zwar mit, das noch mehr Heimbewohner da sind, um die wir uns genauso zu kümmern haben, nicht immer nur um sie, sie sagt dann ja, dass sie das weiß.“</i> Eine Mitarbeiterin berichtet, dass sie mit der Bewohnerin spricht und ihr erklärt, dass es auch noch andere Bewohner gibt, die klingeln.
reflektiert, andere Bewohner „gehen unter“	<i>„Mich ärgert eben das, weil es wird angestrebt bei ihr eine Pflegestufe drei, weil alleine vom Aufwand her ist das so, aber wenn ich der MDK wäre, würde ich ihr keine Pflegestufe drei geben, weil es andere Heimbewohner die wirklich körperlich, die nicht mehr klingeln können.“</i>
Betreuung ist Mehraufwand und Funktionstrennung Pflege, Betreuung	<i>Nein ich würde sogar so, ich weiß nicht ob das jetzt unsozial ist oder so, dass sie das bezahlen müsste, den Mehraufwand. Weil das eigentlich eine Sozialarbeitertätigkeit ist oder eine Betreuungstätigkeit in dem Sinn.“</i>
Betreuung abgegeben	Eine Mitarbeiterin berichtet, dass sich, wenn es möglich ist, ein 1-Euro-Jobber oder eine Praktikantin intensiv um die Bewohnerin kümmert. <i>„Sie wird dann schon immer bevorzugt und wird auch mit ihr raus gegangen, wird ihr immer angeboten, das was gemacht wird.“</i>
energisch werden	Eine Mitarbeiterin erklärt, dass sie sich energisch im Umgang mit der Bewohnerin verhält, weil diese ständig klingelt.
resigniert	<i>„Also gestern bin ich etwas energisch ihr gegenüber geworden, aber es hat, es bringt nichts.“</i>
keine Zusammenarbeit mit Angehörigen	<i>„Und die Kinder sind eben auch der Meinung, wir hätten ja gar nicht so viel Arbeit mit ihr. Also das ist auch so keine Zusammenarbeit.“</i>

Bewohnerin lehnt Tabletten ab	Die Mitarbeiterin schildert, dass die Bewohnerin Medikamente ablehnt und sich selbst nicht engagiert, um ihre Stimmung zu ändern.
Bewohnerin Arzt vorgestellt	Eine Mitarbeiterin berichtet, dass sie die Bewohnerin dem Nervenarzt vorstellte.
motivieren, Medikamente zu nehmen	<i>„Man redet immer wieder gut auf sie ein, aber mit der Medikamentengabe also da haben wir schon tolle Dinger mit ihr erlebt.“</i>
Ablehnung dokumentieren	<i>„Sie lehnt das eben permanent ab und dann geben wir es auch nicht und wir schreiben das dann ein, wir dokumentieren das.“</i>
Verhalten nicht genauer hinterfragt	<i>„Ja also gestern war es dreimal hintereinander, das die Nachttischlampe nicht funktioniert, beim nächsten Mal die Nachttischlampe und das Telefon und dann die Nachttischlampe, Telefon und Fernseher nicht, so was oder klingelt meinetwegen um uns einfach was Bescheid zusagen, um uns was mitzuteilen.“</i>
Bewohnerin klingeln lassen	Eine Mitarbeiterin gibt an, die Bewohnerin klingeln und warten zu lassen.
wissen, kein Notfall	<i>„Also wir gehen nicht beim ersten Mal hin, weil wir wissen ja, dass es kein Notfall ist“</i>
nach fünf Minuten hingehen	Eine Mitarbeiterin berichtet, dass sie erst nach fünf Minuten zur Bewohnerin geht.
nach fünf Minuten Klingel ausschalten	Nach fünf Minuten wird die Klingel ausgeschaltet.
Tätigkeit zu Ende bringen	Die Mitarbeiterin beschreibt, dass sie die Bewohnerin warten lassen, wenn sie grade mit einer anderen Tätigkeit beschäftigt sind.
um Geduld bitten	Die Mitarbeiterin schildert, dass sie die Bewohnerin um Geduld bitten, wenn sie gerade beschäftigt sind: <i>„also wenn wir jetzt gerade über einer Tätigkeit sind, sagen das wir jetzt nicht kommen können, dass sie sich gedulden muss.“</i>
auf Klingeln anderer hinweisen	Eine Mitarbeiterin berichtet, dass sie die Bewohnerin auch auf das Klingeln anderer Bewohner aufmerksam macht: <i>„sehen sie es klingelt wo anders, ich muss jetzt wo anders hingehen.“</i>
beruhigend einreden	Eine Mitarbeiterin gibt an, beruhigend auf die Bewohnerin einzureden.
noch mal vorbeischauen	<i>„Dann sagen man kommt dann noch mal wieder man guckt dann noch mal nach ihr, dann ist das eigentlich o. k. für die Bewohnerin.“</i>
aus dem Bett helfen	Eine Mitarbeiterin schildert, dass sie der Bewohnerin aus dem Bett hilft.
helfen Beine hochzulegen	<i>„Hat man sie raus aus dem Bett, will sie wieder ins Bett, sitzt sie auf dem Bett, will sie die Beine hoch.“</i>
hingehen	Die Mitarbeiterin geht hin und hilft ihr, wenn die Bewohnerin klingelt.
freundlich	Eine Mitarbeiterin gibt an, sich immer freundlich zu verhalten.

immer wieder erklären	Eine Mitarbeiterin gibt an, der Bewohnerin ordentlich und sachlich immer wieder zu erklären, dass auch noch andere Bewohner versorgt werden müssen.
Bewohnerin nicht glauben	Eine Mitarbeiterin berichtet, dass die Bewohnerin Atemnot vortäuschte.
beobachten	Die Mitarbeiterin schildert, dass sie die Bewohnerin beobachtet: <i>„Ich versuche sie dann oder ich beobachte sie dann, man merkt ja schon, ob jemand an der Sprache, ob jemand Atemnot hat.“</i>
bemerken an der Sprache	<i>„Man merkt ja schon, ob jemand an der Sprache, ob jemand Atemnot hat. Sie war ganz, ganz ruhig.“</i>
fragen	Die Mitarbeiterin fragt die Bewohnerin etwas, um sie die Atemnot einschätzen zu können.
ruhiges Eingehen	Die Mitarbeiterin gibt an, durch Fragen und Beobachten ruhig auf die Bewohnerin einzugehen.
unverständlich für Mitarbeiter, nicht hinterfragen	Eine Mitarbeiterin beschwert sich über das Unverständnis der Bewohnerin. Das Unverständnis liegt beim Mitarbeiter, sie hinterfragen nicht, warum die Bewohnerin morgens bei der Grundpflege klingelt. <i>„weil sie auch zu Zeiten klingelt wo gerade früh auch die Grundpflege richtig drin ist und dieses Unverständnis“</i>
als unangenehm empfinden	Eine Mitarbeiterin berichtet, dass sie das ständige Klingeln <i>„nicht als sehr angenehm“</i> empfindet.
Klingeln nur im Notfall gestattet, Bewohner fordert zu viel	Die Mitarbeiterin stellt fest, dass die Bewohnerin ohne „richtigen Grund“ klingelt. <i>„Weil es ja eigentlich gar kein richtiger Grund ist, warum Sie sich immer meldet. Dieses Einfordern für sich, ganz viel Zeit in Anspruch zu nehmen.“</i>
Bewohner fordert zu viel	Die Bewohnerin fordert nach Angaben der Mitarbeiterin zu viel Aufmerksamkeit. <i>„Weil es ja eigentlich gar kein richtiger Grund ist, warum Sie sich immer meldet. Dieses Einfordern für sich, ganz viel Zeit in Anspruch zu nehmen.“</i>
einschätzen	Eine Mitarbeiterin schätzt ein, dass die Bewohnerin keinen Arzt benötigt, weil sie nichts hat. <i>„ich sehe da keine Veranlassung zum Beispiel den Arzt zu holen, weil es ja wirklich nichts ist. Es reicht ja eigentlich auch aus. Sie braucht wirklich keinen Arzt.“</i>
einschätzen	<i>„Es reicht ja eigentlich auch aus. Sie braucht wirklich keinen Arzt.“</i>
Problem abgetan, nicht reflektiert	<i>„Das ist eigentlich nur vom psychischen her Aufmerksamkeit, ich will jetzt die Schwester für mich alleine haben. Das ist ein ganz bekannter Fall.“</i>
reflektiert Bewohnerverhalten	Eine Mitarbeiterin reflektiert das Verhalten der Bewohnerin: <i>„sie will, dass gerne jemand um sie ist.“</i>
Mitarbeiter fühlt sich schikaniert	<i>„Das macht Sie dann also, will ich mal sagen, das ist wie ein bisschen Schikane so.“</i>
Mitarbeiter kommen beim	Eine Bewohnerin gibt an, dass die Mitarbeiter immer ins Zimmer

Klingeln	kommen, wenn sie klingelt. Eine andere Bewohnerin schildert, dass die Mitarbeiter immer hingehen.
ins Bett heben	Eine Bewohnerin gibt an, dass die Mitarbeiter sie ins Bett heben: <i>„Nun entweder müssen sie mich ins Bett heben, denn ich bringe ja die Beine alleine nicht mehr hoch. Und daran liegt es eben viel.“</i>
Mitarbeiter reflektieren nicht die Krankheit	<i>„Das ist das Schwierige bei dem Parkinson. Und ich habe dann, ich habe auch meine Probleme. Ich kriege nachts, ich weiß auch nicht, da klinge ich laufend.“</i>
ausgeglichen	Eine Bewohnerin schildert, dass die Mitarbeiter ausgeglichen auf das ständige Klingeln reagieren. <i>„Ja die sind da ganz ausgeglichen.“</i>
beherrscht verhalten	Mitarbeiter bleiben beherrscht <i>„Da sagt nicht eine mal hören sie bloß auf! Das gibt es nicht.“</i>
<b>Ergebnisse</b>	<b>Interview-Aussagen</b>
Bewohnerin reagiert einsichtig	Manchmal reagiert die Bewohnerin auf die vorwurfsvollen Gespräche der Mitarbeiter einsichtig. <i>„Ich sehe es ja ein, das ist zuviel, aber man ist immer froh, wenn man jemand um sich hat.“</i>
Bewohnerin ist beruhigt	<i>„Nun ja, die ist beruhigt. Die weiß, dass jemand da ist im Haus.“</i>
Mitarbeiter sind geschafft und müde	<i>„Wir sind zwar manchmal geschafft. Das bleibt nicht aus.“</i>
Bewohnerin klingelt erneut	<i>„Eigentlich kein gutes Ergebnis, da sie nach kurzer Zeit wieder klingelt.“</i>
Bewohnerin gesteht ein, nervig zu sein	<i>„Und sagt selber, dass sie das weiß, dass sie immer sehr nervig ist, aber das hat sie im nächsten Moment schon wieder weg gestrichen.“</i>
Bewohnerin nimmt alle Mitarbeiter in Beschlag	<i>„Die tut eigentlich ja dann auch alle anderen Mitarbeiter in Beschlag nehmen bei Tag und Nacht.“</i>
<b>Gründe</b>	<b>Interview-Aussagen</b>
Normalität	Als Grund für das Handeln der Mitarbeiterin gibt eine Mitarbeiterin an: <i>„Das ist doch normal, das man da noch einmal hingeht, klar hat man auch andere Arbeit noch, aber das ist nun mal so.“</i>
Berufsaufgaben	Als weiterer Grund wird von einer Mitarbeiterin genannt: <i>„das weiß man ja schon vornweg, wenn man in der Altenpflege anfängt, dass das dazu gehört.“</i>
keine anderen Handlungsweisen bekannt	Eine Mitarbeiterin gibt folgenden Grund für ihr Verhalten an: <i>„Ich weiß eigentlich keine richtige andere Möglichkeit mit ihr anders umzugehen.“</i>
keine Veranlassung für Arzt	Ein weiterer Grund für das Verhalten der Mitarbeiterin besteht darin, dass sie keine Veranlassung sieht, einen Arzt für die Bewohnerin zu holen, da das Problem der Ärztin bereits bekannt ist.
Mitarbeiter fühlen sich nicht für psychische Probleme zuständig	<i>„Das ist eigentlich nur vom psychischen her Aufmerksamkeit, ich will jetzt die Schwester für mich alleine haben. Das ist ein ganz bekannter Fall.“</i>

Zeit/Personalmangel

Eine Mitarbeiterin gibt an, aufgrund von Zeitmangel und Personalmangel können sie sich nicht ständig um die Bewohnerin kümmern: „Ja, weil wir zu wenige Leute sind auf Station und wir auch nicht die Zeit haben dazu.“

### **Integration eines Bewohners (Nr. 2)**

Der Experte beschreibt eine positive Situation der Integration eines geistig behinderten Bewohners, der eigentlich nicht zur Klientel des Altenpflegeheims passt. „Also Herr X. zum Beispiel, den haben wir nun langsam integriert, das war ja nun schwierig am Anfang [...] Weil der braucht erst mal seinen Platz, er wusste überhaupt nicht, er ist ja nun überhaupt nicht pflegebedürftig in dem Sinne, geistig behindert und gehört eigentlich in ein ja Behindertenwohnheim“ (15, 39-41).

Der Experte beschreibt folgende Verhaltensweisen, die er in dieser Situation bei den Mitarbeitern beobachtet:

<b>Verhaltensweisen</b>	<b>Interview-Aussagen</b>
Bewohner verstehen lernen, begreifen	Der Experte beschreibt, dass es dauerte, bis er verstanden hatte, wie der Bewohner eingebunden werden möchte.
Selbständigkeit ermöglichen	„Der will arbeiten aber auch nicht zu viel. Also der will sich eben auch nicht binden.“
langsam integrieren	Der Experte berichtet, dass der Bewohner langsam im Pflegeheim integriert wurde.
Bewohner ein Arbeiten ermöglichen	Der Experte schildert, dass sie dem Bewohner ein Mitarbeiten ermöglichen.
Bewohner in Service integrieren	„Jetzt läuft er so mit, hat so seine Leute, im Service ist er immer viel mit dabei im Speiseraum, aber dann haut er auch wieder ab.“

### **Pflege durch Schüler geleistet (Nr. 3)**

Der Experte beschreibt eine positive Situation, in der während einer eintägigen Schulung zur Computerdokumentation für das gesamte Pflegepersonal der Einrichtung „die Pflege von unserer Jugend geleistet wurde.“ Die FSJ-ler und Praktikanten veranstalteten für die Bewohner ein Beschäftigungsangebot, das nicht durch die Fachkräfte angeleitet wurde (2, 8-17).

Eine Mitarbeiterin beschreibt die gleiche Situation folgendermaßen: „Der gestrige Tag, da hatten wir Computerlehrgang und da, wir haben auch viele Schüler, sind ja in dem Moment auch Mitarbeiter und da waren wir angehalten wurden hier unten an der Schulung daran teilzunehmen und da waren im Wohnbereich hauptsächlich von den Schülern in Bereitschaft, in Besetzung und die haben das ganz, ganz toll rübergebracht und an dem Tag war auch kein Beschäftigungsangebot, weil der Raum blockiert war und ich bin zwischendurch hoch und da haben die mit den Bewohnern einen großen Singkreis gemacht“ (3, 26-28).



Experte und Mitarbeiterin beschreiben die Verhaltensweisen der Mitarbeiter und die Ergebnisse der Situationen folgendermaßen:

Verhaltensweisen	Interview-Aussagen
Beschäftigungsangebot organisiert	Die Mitarbeiterin gibt an, dass die Schüler ein Beschäftigungsangebot und ihre Arbeit organisierten.
Singkreis veranstaltet	Die Mitarbeiterin schildert, dass die Schüler einen Singkreis mit den Bewohnern veranstalteten: <i>„da haben die mit den Bewohnern einen großen Singkreis gemacht“</i> .
harmonisches Arbeiten	Die Mitarbeiterin schildert, dass das Arbeiten der Schüler mit den Bewohnern sehr harmonisch wirkte: <i>„das war wirklich Harmonie pur“</i> .
pflegerische Versorgung	Der Experte beschreibt, dass die Bewohner von den Schülern gut gepflegt wurden: <i>„haben sie pflegerisch sehr gut versorgt“</i> .
ohne Anleitung arbeiten	Die Schüler organisierten und führten die Pflege ohne Anleitung durch: <i>„ohne extra angeleitet wurden zu sein“</i> .
selbständig organisieren	Die Schüler mussten <i>„den gesamten Dienst selbständig arbeiten bis auf die Behandlungspflegen und ganz bestimmte Tätigkeiten, die bloß von Fachkräften gemacht dürfen“</i> .
ungeplantes Beschäftigungsangebot durchführen	Der Experte beschreibt, dass die Schüler ein <i>„Beschäftigungsangebot gemacht [haben] was so auch nicht vorgegeben war und nicht unbedingt geplant war“</i> .
Ergebnisse	Interview-Aussagen
Bewohner fragen nach den Schülern	Am nächsten Tag fragen die Bewohner nach den Schülern.
Aktivierung und Pflege der Bewohner	<i>„Das Ergebnis der Situation war eigentlich eine Bewohnerbefriedigung in Form von Aktivierung und Pflege.“</i>
Freude bei den Bewohnern	Die Bewohner waren sehr erfreut und haben die Schüler gut angenommen.
Auswertung unter Fachkräften	<i>„Ein Erfolgserlebnis, auf jeden Fall, denke ich. Also es ist unter den Fachkräften ausgewertet wurden als die Situation so bekannt war, dass es gut gelaufen ist.“</i>
Wertschätzung der Schüler durch WBL	Die Schüler erfahren positive Beurteilung durch die WBL: <i>„gewertschätzt wurden von der Wohnbereichsleitung gegenüber den Praktikanten“</i> .
Erfolgserlebnis für Schüler	Die Schüler freuten sich sehr über die positive Rückmeldung.

#### **Unfreundlicher und unsensibler Mitarbeiter (Nr. 4)**

Der Experte beschreibt in einer negativen Situation den Umgang einer Mitarbeiterin mit Bewohnern, die sich in verschiedenen pflegerischen Situationen unfreundlich und unsensibel verhält. *„Die einfach von ihrem Wesen her teilweise unfreundlich ist oder so ein bisschen einen hartherzigen Eindruck macht“* (2, 28-40).

Der Experte beschreibt folgende Verhaltensweisen, Ergebnisse und Gründe für das Verhalten der Mitarbeiterin im Zusammenhang mit dieser Situation:

Verhaltensweisen	Interview-Aussagen
rau und unsanft pflegen	Der Experte beschreibt, dass die Mitarbeiterin zum Teil rau und unsanft pflegt.
unfreundlicher Ton	<i>„Die ist in ihrem Ton gegenüber den Bewohnern zum Teil unfreundlich [...] von ihrem Wesen her teilweise unfreundlich.“</i>
hartherziger Eindruck	Die Mitarbeiterin macht einen „hartherzigen“ Eindruck.
Gespräche zwischen Leitung und Mitarbeiterin	Der Experte beschreibt, dass sie bereits in Gesprächen mit der Leitung auf ihr Verhalten hingewiesen wurde.
Motivation durch Leitung	Der Experte beschreibt, dass er die Mitarbeiterin in Gesprächen: <i>„ganz klar auf ihre Mängel hinweise und also trotzdem den Weg weiter beschreite, in dem Gespräch doch Wertschätzung für ihre Arbeit, für ihre Qualifikation, für ihr Arrangement rüber zu bringen und sie damit auch ein Stück motiviere, an sich dort selber zu arbeiten, was den Umgang mit den Bewohnern betrifft“.</i>
Bewohner und Mitarbeiter bemerken das Verhalten	<i>„Es ist einfach mehrfach aufgetreten und die anderen Mitarbeiter und Bewohner haben es bemerkt und haben sich darüber geäußert, negativ.“</i>
Ergebnisse	Interview-Aussagen
keine Veränderung, weitere Gespräche	Der Experte beschreibt, dass die Mitarbeiterin ihr Verhalten durch die Gespräche nicht veränderte und aus diesem Grund weitere Gespräche notwendig sind.
Gründe	Interview-Aussagen
Persönlichkeitseigenschaft	Der Experte gibt an, dass das Verhalten der Mitarbeiterin auf ihre Persönlichkeit und Entwicklung zurückzuführen ist.

### ***Bewohnerin freut sich (Nr. 5)***

Zwei Mitarbeiter beschreiben in positiven Situationen, dass sich eine Bewohnerin sehr freut, wenn sie dies in ihrem Zimmer besuchen, sie wecken, pflegen und sich mit ihr beschäftigen (20, 10-20; 1, 7-15).

Die Mitarbeiter beschreiben ihre Verhaltensweisen, die Ergebnisse und die Gründe für ihr Verhalten im Zusammenhang mit den Situationen folgendermaßen:

Verhaltensweisen	Interview-Aussagen
mit ihr beschäftigt	Die Mitarbeiterin beschreibt, dass sie die Bewohnerin jeden Tag aus dem Bett holen und sich mit ihr beschäftigen.
als ihr Besuch ausgeben	Die Mitarbeiterin beschreibt, wie sie sich verhält: <i>„Eigentlich ganz normal, als ob wir halt ihr Besuch sind und uns freuen, sie zu sehen“.</i>
gibt sich als andere Person aus	Die Mitarbeiterin berichtet, dass sie die Person spielt, die die demente Bewohnerin in ihr sieht.

Mitarbeiter freuen sich	Die Mitarbeiterin freut sich, die Bewohnerin zu sehen.
herzlich verhalten	Die Mitarbeiterin gibt an, sich „ein bisschen herzlich“ ihr gegenüber zu verhalten.
geht auf sie ein	„Gerade wenn sie Alzheimer haben und da geht man auf sie ein.“
ins Zimmer gehen	Die Mitarbeiter beschreiben, dass sie das Zimmer der Bewohnerin betreten.
hin und her geredet	Die Mitarbeiterin beschreibt, dass sie mit der Bewohnerin spricht, wenn sie früh morgens ihr Zimmer betritt.
Frühstück bringen	„Ich habe ihr nur das Frühstück gebracht und das war schon ausschlaggebend, dass da einer rein gekommen ist und mal ein bisschen geredet hat mit ihr.“
bisschen reden	„war schon ausschlaggebend, dass da einer rein gekommen ist und mal ein bisschen geredet hat mit ihr.“

**Ergebnisse****Interview-Aussagen**

Bewohner freut sich Mitarbeiter zu sehen	Die Mitarbeiter berichten: „hat sie immer gerufen „Oh jetzt kommt einer, das freut mich“.“
Bewohner ist ruhiger und freundlicher	„Die ist ruhiger, die ist freundlicher.“
Mitarbeiter freut sich	„Also das ist eigentlich schön, also das ist sehr schön. 100 und fast ein Jahr, also da kann man sich freuen.“
Bewohnerin ist mobilisiert	„Dass man sie gleich mit rausnehmen konnte, wir haben Sie dann in den Rollstuhl gesetzt.“
zum Gottesdienst gegangen	„Sie ist auch mit zum Gottesdienst gegangen. Das ist dann auch immer das Ergebnis.“

**Gründe****Interview-Aussagen**

Validation gelernt	„Weil wir es gelernt haben mit der Validation“.
Demente bestätigen, nicht verwirren	„Wenn man da nicht so eingeht, wenn man sagt ja Frau XY ich bin eben die Z., da sind die zufrieden, als wenn ich jetzt sagen würde nein ich bin nicht, ich bin doch die Schwester L., das verstehen die nicht mehr“

***Bewohnerin möchte als Erste ins Bett (Nr. 6)***

Eine Mitarbeiterin beschreibt folgende negative Situation: „Jetzt mal so als kleines Beispiel, wir haben eine Bewohnerin, die will zum Beispiel immer als Erste ins Bett gebracht werden abends. Das denkt die sich einheimsen zu müssen und dann ruft die dann immer und die braucht eigentlich auch nicht als Erste“ (3, 42-44).

Die Mitarbeiterin beschreibt ihre Verhaltensweisen im Zusammenhang mit der Situation folgendermaßen:

Verhaltensweisen	Interview-Aussagen
Gespräch	Die Mitarbeiterin berichtet, sie spricht mit der Bewohnerin und sagt ihr, dass sie warten soll.
reagiert auf Rufe	Die Mitarbeiterin beschreibt, dass die Bewohnerin immer ruft und sie immer darauf reagiert.
lässt Bewohner warten	<i>„Dass man halt mal sagt, die kann ruhig auch mal warten, muss ja nicht unbedingt immer die Erste sein.“</i>
einschätzen	Die Mitarbeiterin schätzt ein, dass die Bewohnerin nicht als Erste ins Bett gebracht werden muss, sondern warten kann.
Teambesprechungen durchführen	Die Mitarbeiterin beschreibt, dass sie in Teambesprechungen Absprachen zu Bewohnern treffen.
Absprachen treffen	Die Mitarbeiterin beschreibt, dass im Umgang mit komplizierten Bewohnern gute Absprachen im Team notwendig sind, z. B. wann wer ins Bett gebracht wird.

### ***Dankbare Bewohner (Nr. 7)***

Eine Mitarbeiterin beschreibt als positive Situation, dass sich Bewohner bei den Mitarbeitern für durchgeführte Geburtstagsfeiern bedanken (11, 8-20).

Die Mitarbeiterin beschreibt ihre Verhaltensweisen, die Ergebnisse und die Gründe für ihr Verhalten im Zusammenhang mit der Situation folgendermaßen:

Verhaltensweisen	Interview-Aussagen
Kaffeetrinken veranstaltet	Die Mitarbeiterin berichtet, dass im Quartal für alle Geburtstagskinder ein Kaffeetrinken veranstaltet wird.
reden	Die Mitarbeiterin berichtet, dass sie mit den Bewohnern spricht und ihr Lob annimmt.
spricht mit Bewohnern	<i>„Ja ich sage, haben sie das auch unten gesagt, weil die das alle organisieren in der Leitung.“</i>
Ergebnisse	Interview-Aussagen
missgelaunte Bewohner freuen sich	Die Durchführung der Feiern führt zur „Stimmungsaufhellung“ bei missgelaunten Bewohnern: <i>„Es ist eigentlich so, das sie dann für eine Weile auch wieder, weil es auch manchmal welche sind, die missgelaunt sind, auch dann mal wieder ein bisschen aufgeheit sind von der Stimmung.“</i>
Bewohner geben positive Rückmeldung	Die Bewohner freuen sich über die Feiern und erkennen die Arbeit der Pflegekräfte an.
Gründe	Interview-Aussagen
Motivation für Mitarbeiter und Bewohner	<i>„Ja, weil erstens mal tut es uns gut und dem Bewohner tut unsere Rückmeldung auch wieder gut.“</i>

**Bewohner lehnt Speisen und Getränke ab (Nr. 8)**

Eine Mitarbeiterin beschreibt eine negative Situation, in der eine Bewohnerin das Einnehmen von Speisen und Getränken ablehnt. Die Mitarbeiter bieten der Bewohnerin auf Wunsch der Angehörigen kalorienreiche Nahrung an, die sie ebenfalls ablehnt (3, 84-88).

Die Mitarbeiterin beschreibt ihre Verhaltensweisen, die Ergebnisse und die Gründe für ihr Verhalten im Zusammenhang mit der Situation folgendermaßen:

Verhaltensweisen	Interview-Aussagen
Probepackungen besorgt	Die Mitarbeiterin beschreibt, dass sie sich Probe-Muster besorgten, damit die Bewohnerin die Nahrungsergänzungspräparate probieren konnte.
im Vorfeld Muster besorgt	<i>„Wir haben Probepackungen über die Apotheke versorgt, weil das ist ja auch ziemlich kostenintensiv, die müssen sich das ja selber kaufen, weil ja vom Arzt her nichts vorgegeben ist.“</i>
Gespräche mit Ärzten, Angehörigen	Es wurden Gespräche mit Ärzten und Angehörigen durchgeführt.
Gespräche mit Bewohner	Die Mitarbeiterin berichtet, dass sie mit der Bewohnerin über die Geschmacksrichtungen sprach.
ausprobieren lassen	<i>„Wir haben Sie auch ausprobieren lassen.“</i>
erklären	<i>„Haben es ihr auch erklärt, um was es da geht.“</i>
mit Angehörigen nicht abgestimmt	<i>„Ja mehr oder weniger von der Tochter hat sie es mitbekommen, weil die Tochter das wünscht.“</i> Die Mitarbeiter berichtet, dass sie Tochter eine Nahrungsergänzung wünschte.
Ergebnisse	Interview-Aussagen
Bewohner bestärkt in der Aussage nicht mehr leben zu wollen	<i>„Sie hat sich dann auch geäußert, meine Tochter soll nicht mit mir solche Experimente machen, sonst kann sie mich gleich auf dem Friedhof besuchen.“</i>
Gründe	Interview-Aussagen
Sterben verhindern	<i>„Das ist ja auch manchmal ein Resultat, wenn man sagt, ich will nicht mehr essen und trinken, dass man versucht ihr dann vielleicht kalorienreichere Nahrung anzubieten.“</i>

**Verwirrtem Bewohner schmeckt das Essen nicht (Nr. 9)**

Die Mitarbeiterin beschreibt eine negative Situation mit einer dementen Bewohnerin, die auf Wunsch eine andere Speise erhält, weil ihr das Essen nicht schmeckt. Die andere Speise sagt ihr auch nicht zu und sie schlägt um sich und spuckt. *„Gerade heute, das war zwar eine andere Bewohnerin, heute gab es Milchreis und sie meinte, es ist sehr süß oder als Auswahlen gab es Eintopf, der war wieder zu salzig. Sie ist sehr verwirrt, die Bewohnerin. Zu letzt war sie der Meinung ich soll es essen. Also wir versuchen schon nicht das wir jetzt sagen, ja das isst sie nicht, so nach dem Motto ‚da hat sie Pech‘, das machen wir nicht, also wir versuchen das sie wirklich was... aber kann sie ja am Ende manchmal*

nicht mehr ändern. Gerade diese Bewohnerin fängt dann am Ende an zu schlagen oder zu spucken, da kann man nichts machen.“ (3, 89-93).

Die Mitarbeiterin beschreibt ihre Verhaltensweisen im Zusammenhang mit der Situation folgendermaßen:

Verhaltensweisen	Interview-Aussagen
Auswahlessen anbieten	Die Mitarbeiterin berichtet, dass sie der Bewohnerin ein anderes Essen anbieten, wenn es ihr nicht schmeckt.
kümmern	Die Mitarbeiterin kümmert sich, dass die Bewohnerin etwas isst.
dokumentieren	Die Mitarbeiterin berichtet, sie dokumentieren im Berichtblatt und Trinkprotokoll, dass die Bewohner nichts essen wollte.
Rücksprache mit Ärztin	Die Mitarbeiterin gibt an, dass sie die Ärztin benachrichtigen, wenn die Bewohnerin über längere Zeit nichts isst.
Zusammenarbeit mit Küchenleiterin	<i>„Oder gerade die Bewohnerin wo ich heute das Beispiel gebracht habe, entweder der Milchreis war zu süß, die Suppe zu salzig, das die Küche eben weiß, dass man doch eben eine salzarme Kost reicht.“</i>
vor Spucken schützen	<i>„Na ja ich versuche erst mal, mich ein Stück selber weg zu schützen und mich nicht ansucken zulassen, weil ich meine, dass muss glaube ich niemand unbedingt haben.“</i>
zur Seite gehen	Die Mitarbeiterin gibt an, dass sie zur Seite geht, um sich nicht ansucken zu lassen.
reden	Die Mitarbeiterin spricht mit der Bewohnerin, sie soll noch etwas vom Essen probieren.
Vorlieben kennen	<i>„Oder wenn man weiß, das oder das schmeckt ihr besonders gut, dass man versucht wenn es geht ihr immer anzubieten.“</i>
nicht gleich aufgeben	Die Mitarbeiterin berichtet, dass sie das Essenreichen nicht gleich aufgibt, sondern es später erneut probiert.
Essen stehen lassen	<i>„Dass man es vielleicht auch manchmal noch mal stehen lässt, wir haben ja auch die Möglichkeit, Mikrowelle ist ja alles da“</i>
später probieren	Die Mitarbeiterin gibt an, dass sie das Essen aufheben und in der Mikrowelle erwärmen können, um es der Bewohner später erneut anzubieten.

### ***Pflegekräfte organisieren Beschäftigung (Nr. 10)***

Eine Mitarbeiterin schildert eine positive Situation, in der sie mit anderen Mitarbeitern auf dem Wohnbereich eine Beschäftigung für die Bewohner organisieren: *„Zum Beispiel der Sonabend, da haben wir Stuhlkreis gemacht und da haben wir die paar Männeln im Speiseraum genommen, die noch da waren, die anderen waren zur Beschäftigung oder was weiß ich, da haben wir halt so über früher geredet und so. Das war schön.“* (4, 11-19).

Die Mitarbeiterin beschreibt ihre Verhaltensweisen, die Ergebnisse und die Gründe für ihr Verhalten im Zusammenhang mit der Situation folgendermaßen:

Verhaltensweisen	Interview-Aussagen
Stuhlkreis gemacht	Die Mitarbeiterin gibt an, dass sie mit den Bewohnern einen Stuhlkreis durchführten.
in Runde gesetzt	Die Mitarbeiterin berichtet, dass sie die Bewohner in eine Runde setzten.
spontan	Der Stuhlkreis wurde „ja einfach aus dem Stehgreif“ durchgeführt.
über früher erzählt	Die Mitarbeiterin gibt an, dass sie mit den Bewohnern über früher erzählten: „und wie gesagt über früher erzählt, das war gut“.
gesungen	Die Mitarbeiterin schildert, dass sie Lieder anstimmten und mit den Bewohnern sangen.
Ergebnisse	Interview-Aussagen
Bewohner haben nachgedacht	Als Ergebnis wird von der Mitarbeiterin angegeben, dass die Bewohner „aktiv waren, in ihrem Gedächtnis halt, das die über früher nachgedacht haben“.
Gedächtnis wird aktiviert	Die Mitarbeiterin berichtet als Ergebnis der Situation, „dass die alle wieder mal 5 Minuten irgendwie aktiv waren“.
Gründe	Interview-Aussagen
Zeit genutzt	Als Gründe werden von der Mitarbeiterin folgende angegeben: „Weil einfach Zeit hatten, gerade in dem Moment und das genutzt haben.“

### ***Bewohner wecken (Nr. 11)***

Es werden zwei Situationen beschrieben, jeweils eine positive und eine negative. Eine Mitarbeiterin schildert in einer Situation, dass sich die Bewohner freuen, wenn sie diese aus dem Bett holt und auch nach dem Mittagsschlaf weckt: *„Die Bewohner sind eigentlich, wenn wir sie aus dem Bett holen, dann freuen sie sich, dass sie raus können wieder, ich mein die sind mittags schon wieder, freuen sie sich, dass sie ins Bett können, dann können sie wieder raus das ist ja schon für die eine Erleichterung, wenn da jemand kommt und die sind auch dankbar, so.“* (14, 6-14).

Eine andere Mitarbeiterin schildert, dass sie Mühe hatte einen Bewohner zum Aufstehen zu bewegen und häufig nachfragte, ob er aufsteht: *„Heute war ich enttäuscht, sonst habe ich beim Herrn X. früh immer Glück beim aufstehen, die anderen müssen immer zwei, drei Mal rufen und ich gehe eigentlich immer rein so um 8 und da steht er immer auf. Aber heute hat es aber überhaupt nicht geklappt bei mir. Heute ist er eben erst um 10 aufgestanden.“* (6, 11-21).

Die Mitarbeiter beschreiben ihre Verhaltensweisen, die Ergebnisse und die Gründe für ihr Verhalten im Zusammenhang mit den Situationen folgendermaßen:

Verhaltensweisen	Interview-Aussagen
freundlich	Die Mitarbeiterin gibt an, dass sie sich freundlich verhält, wenn sie den Bewohner weckt.
aus Bett holen	Die Mitarbeiterin schildert, dass sie die Bewohner aus dem Bett holt.
mit Namen ansprechen	<i>„Ja meist sind sie ja schon munter und dann sage ich, also den Namen“</i>
ansagen	Die Mitarbeiterin schildert, dass sie mit den Bewohnern spricht <i>„dass ich sie aus dem Bett hole und das wir Kaffeetrinken jetzt gehen“</i>
sucht Erklärung für Verhalten	Die Mitarbeiterin versucht sich das Verhalten des Bewohners zu erklären: <i>„Na ja das ist eigentlich normal, vielleicht ist es auch das Wetter auch, er schläft sowieso gerne länger und heute dann noch das trübe Wetter dazu“.</i>
raus gegangen	Die Mitarbeiterin beschreibt, dass sie wieder aus dem Zimmer hinausgegangen ist, als der Bewohner nicht aufstehen wollte.
länger liegen gelassen	Die Mitarbeiterin schildert, dass sie den Bewohner länger schlafen ließ.
nach einer halben Stunde wieder rein	Die Mitarbeiterin schildert, dass sie nach einer halben Stunde wieder in das Zimmer gegangen ist.
erneut anfragen	<i>„Ich bin wieder raus gegangen und habe ihn länger gelassen. Nach einer halben Stunde wieder rein und habe noch einmal angefragt.“</i>
gefragt	<i>„Und habe gefragt, ob er aufstehen möchte und ob er frühstücken gehen möchte.“</i>
halbstündlich nachgefragt	Die Mitarbeiterin berichtet, dass sie den Bewohner halbstündlich fragt, ob er aufstehen möchte.
kennt Verhalten des Bewohners	<i>„Weil ich weiß, das hat dann keinen Zweck, wenn er nicht will, dann will er nicht.“</i>

Ergebnisse	Interview-Aussagen
Bewohner sind erleichtert	Die Mitarbeiterin gibt an, dass sich die Bewohner erleichtert fühlen, wenn sie aus dem Bett geholt werden <i>„dann können sie wieder raus das ist ja schon für die eine Erleichterung, wenn da jemand kommt“</i>
Bewohner freuen sich	Die Mitarbeiterin schildert, dass sich die Bewohner freuen, wenn sie aufstehen können.
Bewohner sind auch freundlich	<i>„Na ja, wenn man freundlich mit ihnen umgeht, sind die ja dann auch dem entsprechend freundlich als, wenn man da die Türe auf rupft „jetzt geht’s raus“ und das ist eine ganz andere Reaktion.“</i>

Gründe	Interview-Aussagen
Selbstverständlichkeit	Als Gründe werden von einer Mitarbeiterin angegeben, dass ihr Verhalten normal ist: <i>„Das ist normal. Ich weiß ja nicht wie andere rein gehen, ich bin so“.</i> Die andere Mitarbeiterin gibt ebenfalls an, dass sie sich kein anderes Verhalten vorstellen könnte: <i>„hätte ich ihn raus zerren sollen aus</i>



dem Bett? Den hätte ich gar nicht raus gekriegt. Nein das macht man nicht. So geht man nicht mit Leuten um“.

in Bewohner hineindenken und hineinversetzen

Als Gründe werden ebenfalls angegeben, dass die Mitarbeiter sich vorstellen, sie werden so behandelt wie der Bewohner: „Man muss immer denken, man liegt selber im Bett und wird so behandelt, das stelle ich mir dann immer so vor und das habe ich auch schon vielen Schülern auch mal gesagt, ihr müsst immer daran denken, ihr liegt im Bett.“

### **Unruhige Bewohner (Nr. 12)**

Von zwei Mitarbeitern werden eine positive und negative Situation geschildert. In der ersten Situation handelt es sich um eine Bewohnerin, die aufgrund ihrer Erblindung sehr geräuschempfindlich und dadurch sehr unruhig ist: „Die Frau X., das ist die Blinde, die hat immer gewisse Gewohnheiten und wer das weiß, kann man auch darauf eingehen und so und da ist es immer Vormittags, da sie ja nichts sieht und da möchte sie gerne in ihr Zimmer, weil sie da mehr Ruhe hat, sie sieht ja nicht und hört ja immer nur Laute und das ist ihr manchmal zu viel.“ (9, 6-8)

In der negativen Situation handelt es sich ein Ereignis im Umgang mit unruhigen und unzufriedenen Bewohnern: „Schwierige Situationen nun ja es gibt eben, es gibt Tage, da sind die Heimbewohner im Allgemeinen unruhig und da kommt jeder und will was und der und drängelt und quengelt, das sind manchmal so Situationen, wo man so selber überlegt, ei heute ist was durcheinander“ (6, 36-43).

Die Mitarbeiter beschreiben ihre Verhaltensweisen, die Ergebnisse und die Gründe für ihr Verhalten im Zusammenhang mit den Situationen folgendermaßen:

<b>Verhaltensweisen</b>	<b>Interview-Aussagen</b>
bemerken	Die Mitarbeiterin berichtet, dass sie bemerkt, wann die Bewohnerin ausgeglichener ist, da sie dann ruhig ist: „wenn sie dann immer so schön ruhig dann ist, man merkt das dann auch, dass sie ausgeglichener ist“.
kennt Gewohnheiten	Die Mitarbeiterin gibt an, dass sie die Gewohnheiten der Bewohner kennt.
auf Gewohnheiten eingehen	„Die Frau X., das ist die Blinde die hat immer gewisse Gewohnheiten und wer das weiß, kann man auch darauf eingehen“
einschätzen	Die Mitarbeiterin berichtet, dass sie einschätzen kann, wann die Bewohnerin unruhig ist.
fragen	Die Mitarbeiterin fragt die Bewohnerin, ob sie in ihr Zimmer möchte.
ins Zimmer schaffen	Die Mitarbeiterin bringt die Bewohnerin in ihr Zimmer.
still bleiben	Die Mitarbeiterin gibt an, wenn die Bewohner unruhig sind, selbst „still“ zu bleiben: „Ich bleibe still. Man muss ruhig bleiben“.
ruhig bleiben	Sie schildert, dass sie „ruhig bleiben“ muss.
bis 3 zählen	Die Mitarbeiterin berichtet, um ruhig zu bleiben, zählt sie bis drei.
herum drehen	Die Mitarbeiterin dreht sich vom Bewohner weg.

paar Schritte laufen	Die Mitarbeiterin berichtet, dass sie sich „rum dreht“ und einige Schritte läuft.
----------------------	---

zu sich selbst sprechen	„Und sich sagen, so jetzt kannst du dich wieder umdrehen und den Heimbewohnern widmen“
-------------------------	--

### Ergebnisse

### Interview-Aussagen

Bewohnerin ist dankbar	Die Mitarbeiterin berichtet, dass die Bewohnerin „auch dankbar [ist], weil sie ins Zimmer geschafft wird“.
------------------------	--

Bewohnerin ist beruhigt und friedlich	Die Mitarbeiterin gibt an, dass die Bewohnerin beruhigt und friedlich ist, wenn sie sie ins Zimmer gebracht hat.
---------------------------------------	--

Mitarbeiterin freut sich	„Wo ich mich freue, wenn sie ihren Willen bekommen hat und sie dann in ihrem Zimmer ist und es gefällt ihr.“
--------------------------	--

Bewohner beruhigen sich	Die Mitarbeiterin berichtet, dass sich die Bewohner auch wieder beruhigen.
-------------------------	--

### Gründe

### Interview-Aussagen

helfen wollen	Als Gründe für das Verhalten der Mitarbeiter wird angegeben, dass sie der Bewohnerin helfen möchte.
---------------	---

in Bewohner hineinversetzen, Blindheit vorstellen	Als weiteren Grund gibt die Mitarbeiterin an: „ich meine ich sehe ja noch gut, aber ich kann mir es vorstellen, wenn man die Augen zu hat und man hört ringsum nur Krach“.
---	--

Wissen u. Erfahrung: Stress, Hektik fördert Unruhigsein	Als Gründe werden angegeben: „Man muss sich ruhig verhalten Heimbewohnern gegenüber, wenn ich jetzt Hektik, Stress und laut machen würde, dann würden die noch verzweifelter werden. Oder selbst noch unruhiger“.
---	---

Eskalation vermeiden	Als Grund für das Verhalten wird weiterhin angegeben zu vermeiden, dass sich die Situation verschlimmert: „Ja, das es nicht schlimmer wird“
----------------------	---

### **Bewohner beschimpfen sich gegenseitig (Nr. 13)**

Die Mitarbeiterin beschreibt, dass sich unruhige Bewohner gegenseitig beschimpfen, wenn sie beispielsweise zusammen am Tisch sitzen: „Die werden unruhig, schimpfen sich gegenseitig aus, das gibt es auch, nun da muss man aufpassen, da wird es dann laut mal und so was muss man dann ganz dezent trennen.“ (6, 44-54).

Die Mitarbeiterin beschreibt ihre Verhaltensweisen und die Ergebnisse im Zusammenhang mit der Situation folgendermaßen:

### Verhaltensweisen

### Interview-Aussagen

kontern	Die Mitarbeiterin berichtet, das Schimpfen und Streiten der Bewohner „wird dann auch manchmal besser, wenn sie merken, das ich kontere“.
---------	--

Bewohner trennen	Die Mitarbeiterin berichtet, dass sie die streitenden Bewohner räumlich trennt: „oder mal die Heimbewohner bissel auseinander nehmen, dort mal eine Gruppe hinsetzen und dort mal eine, das geht auch besser.“
------------------	--

eingreifen	Die Mitarbeiterin berichtet, dass sie in den Streit eingreift.
nachfragen	<i>„Als erstes greift man ein und fragt warum? Wieso? Weshalb?“</i>
auf Essen hinweisen	Die Mitarbeiterin erklärt, dass sie bei dem Streit am Tisch <i>„wenn einem was nicht gefällt und dann sage ich eben, sie sollen jetzt erst einmal bitte essen“</i> .
später ausdiskutieren	Die Mitarbeiterin berichtet den Bewohnern, dass das Problem später, nach dem Essen diskutiert werden kann.

**Ergebnisse****Interview-Aussagen**

Streit wird vergessen	Nach dem Essen, ist der Streit vergessen.
-----------------------	---

**Unzufriedene Bewohner (Nr. 14)**

Eine Mitarbeiterin schildert eine negative Situation mit einer Bewohnerin, die ständig unzufrieden ist, nicht aus ihrem Zimmer kommen möchte und nicht aufstehen möchte: *„Na ja es ist immer, es gibt immer unzufriedene Bewohner sage ich mal und da haben wir im Moment wieder unsere Frau X., da ist sie gestern gerade noch gestürzt, zum Glück mit Angehörigen und die waren gestern beim Hautarzt. Und die ist permanent unzufrieden. Mit allem und mit allem was man macht. Na ja gut manchmal ist auch sag ich mal ist sie etwas leicht zufrieden, wenn sie gebadet wird, sag ich mal so da mag sie es, aber ansonsten haben wir immer Mühe, dass sie überhaupt aufsteht.“* (17, 14-28).

Die Mitarbeiterin beschreibt ihre Verhaltensweisen, die Ergebnisse und die Gründe für ihr Verhalten im Zusammenhang mit der Situation folgendermaßen:

**Verhaltensweisen****Interview-Aussagen**

bemühen	Die Mitarbeiterin berichtet, dass sie sich bemühen, die Bewohnerin zum Aufstehen zu bewegen: <i>„da kann man sich Mühe geben wie man will, sie liegt dann halt dann da, ich will nicht mehr und es geht nicht mehr“</i> .
kümmern	Die Mitarbeiterin kümmert sich um die Bewohnerin.
Essen ins Zimmer schaffen	<i>„Sie kann eigentlich aufstehen, aber heute nicht, heute geht's nicht, heute will ich nicht und na ja da müssen wir eben alles ins Zimmer schaffen, wo ich denke sie könnte mehr“</i> .
Bewohner-Verhalten hinterfragt	Die Mitarbeiterin berichtet, dass die Angehörigen und der Neurologe nicht wissen, woran die Bewohnerin leidet.
reden	Die Mitarbeiterin gibt an, mit der Bewohnerin zu sprechen, und sie zu bewegen ihr Zimmer zu verlassen.
motivieren	Sie motiviert die Bewohnerin ihr Zimmer heute zu verlassen: <i>„Also Frau X. jetzt müssen sie mal wieder eine andere Tapete sehen, komm jetzt, kommen sie mal eben jetzt“</i> .
mit Badewanne locken	Die Mitarbeiterin berichtet, dass sie die Bewohnerin versucht mit einem Bad zu motivieren: <i>„kommen sie mal eben jetzt, stehen sie mal auf und heute gehen wir in die Badewanne, da bade ich sie und dann. Manchmal“</i>

*klappt es manchmal auch nicht“.*

Bewohner nicht bestimmen Die Mitarbeiterin berichtet, dass sie die Bewohnerin nicht bestimmt, wenn sie nicht aus dem Zimmer kommen möchte, wird sie nicht gezwungen.

Bewohner nicht zwingen Die Mitarbeiterin berichtet, wenn die Bewohnerin nicht möchte, geben sie auf: *„und dann wenn sie nicht will, dann müssen wir es halt lassen“.*

#### **Ergebnisse**

#### **Interview-Aussagen**

Bewohner isst im Zimmer Die Mitarbeiterin schildert, dass sie ihr das Essen ins Zimmer bringt, die Bewohnerin aufsteht und am Tisch isst.

zeitaufwändig Im Ergebnis sind die Bemühungen für die Bewohnerin zeitaufwändiger: *„das ist schon zeitaufwändiger. Na klar sie kann ja die kann ja mit dem Rollator laufen.“*

#### **Gründe**

#### **Interview-Aussagen**

Verantwortung haben Als Gründe werden von der Mitarbeiterin angegeben, dass sie sich um die Bewohnerin kümmern muss, sie benötigt etwas zu essen: *„Nun ja man kann sie nicht ja, ich meine das geht ja nun nicht, ich denke ich kann sie doch nicht einfach liegen lassen, irgendwie zu essen braucht sie“.*

Angst vor Konsequenzen Die Mitarbeiterin schildert weiterhin, dass sie die Situation, die Bewohnerin liegen zu lassen und sich nicht zu kümmern, noch nicht durchgespielt hätten und vermuten, *„sie würde sich sicherlich massiv beschweren, denke ich einmal. [...] dann würde sie den Spieß vielleicht umdrehen und vielleicht sagen es kümmert sich ja niemand um mich“.*

#### ***Bewohner diktieren Mitarbeiter (Nr. 15)***

Eine Mitarbeiterin beschreibt folgende negative Situation im Umgang mit einer Bewohnerin: *„Wir haben jetzt eine Bewohnerin, die ist sehr, sehr anspruchsvoll, die war früher ganz zurück gezogen, ruhig durch ihre Schmerzen, jetzt ist sie von ihren Schmerzen praktisch befreit und jetzt spielt sie auf deutsch gesagt ... macht sie halt gerne, was sie will. Stellt halt auch gerne das Personal und Heimbewohner an, wie sie das will. ‚Mach mal das und mach mal dies und jenes‘. Sie diktiert direkt vor, was zu machen ist.“* (21, 13-19).

Die Mitarbeiterin beschreibt ihre Verhaltensweisen, die Ergebnisse und die Gründe für ihr Verhalten im Zusammenhang mit der Situation folgendermaßen:

#### **Verhaltensweisen**

#### **Interview-Aussagen**

macht Arbeit nach Vorschrift Die Mitarbeiterin gibt an, der Bewohnerin mitzuteilen, dass sie nur die Aufgaben durchführt, die sie tun muss. *„Nun, ich sage ihr praktisch, ich mache das, was ich machen muss und gut. Mehr nicht.“*

Streit und Eifersucht vorbeugen Die Mitarbeiterin schildert, dass sie so handeln muss, da sich andere Bewohner benachteiligt fühlen könnten. *„Große Abstriche kann man nicht machen. Weil wenn andere noch mit dabei sind, die kriegen das mit und fangen dann auch an, was die hat oder will, das wollen die dann auch.“*

sagt nein Die Mitarbeiterin teilt der Bewohnerin mit, dass sie ihre Wünsche und

	Aufträge nicht durchführt.
redet nicht mehr mit ihr	<i>„Wenn ich nein sage, ist sie stur und bockig und dreht sich ab, wendet sich ab, aber nach einer gewissen Zeit, wenn sie merkt ich rede nicht mit ihr.“</i>
ignoriert sie	<i>„Auf deutsch gesagt, ich ignoriere sie, das kriegt sie ganz schnell mit.“</i>
diskutiert	<i>„Ich sage es ist nicht gut, ich weiß was ich zu machen habe und ich mache das so weiter, wir haben das immer so gemacht und da können sie jetzt nicht einfach zu mir sagen, ich soll das so und so machen. Ich sage, wir wissen schon was wir machen. Ich denke wir machen es richtig.“</i>
Meinung durchsetzen	<i>„Ich kann ja den Heimbewohner bei der Hitze zum Beispiel jetzt sagen, weil der oder der drei bis vier Decken haben will, schlägt die drei bis vier Decken drauf und der kocht da drunter und er sieht es nicht ein, dass er schwitzt, nein er schwitzt nicht.“</i>
<b>Ergebnisse</b>	<b>Interview-Aussagen</b>
Bewohner ist bockig	Die Mitarbeiterin schildert, dass die Bewohnerin auf ihr „nein“ bockig reagiert und sich abwendet.
Bewohner ist einsichtig	Nachdem die Mitarbeiterin die Bewohnerin ignorierte, wird diese einsichtig und teilt ihr mit, dass es „nicht so gemeint“ war. <i>„dann fängt sie an dann will sie einen streicheln und ‚bist du wieder gut mit mir, ist doch nicht so gemeint‘ und so kommst sie dann“.</i>
<b>Gründe</b>	<b>Interview-Aussagen</b>
macht keine Ausnahmen	Als Gründe für ihr Verhalten gibt die Mitarbeiterin an, dass sie alle Bewohner gleich behandelt und keine Ausnahmen macht.
Erziehungsauftrag	<i>„Das geht nicht, ich muss schon eine Linie drin haben, sonst hören die dann irgendwann mal nicht. Das praktisch wie eine Erziehungssache, das ist wie mit Kindern, wenn man da eine Ausnahme macht, dann will der andere das auch haben und versuchen es immer wieder.“</i>

### **Depressive Bewohner (Nr. 16)**

Ein kritisches Ereignis im Umgang mit depressiven Bewohnern wird folgendermaßen von einer Mitarbeiterin beschrieben: Bewohner sind oft depressiv und den Tränen nahe, weil sie von ihren Angehörigen nicht besucht werden: *„Denn depressive Menschen, da gibt es immer welche, die dann schnell den Tränen sehr nah sind und Heimweh zu den Kindern oder irgendwas [...] wie zum Beispiel die Frau X., das war genauso, ‚Haben sie meinen Sohn gesehen?‘ Der wird schon kommen, bestimmt am Wochenende“* (6, 62-64).

Die Mitarbeiterin beschreibt ihre Verhaltensweisen und die Gründe für ihr Verhalten im Zusammenhang mit der Situation folgendermaßen:

<b>Verhaltensweisen</b>	<b>Interview-Aussagen</b>
zuhören	Die Mitarbeiterin schildert, dass sie der Bewohnerin zuhört. <i>„Tja, das Beste ist zuhören“.</i>

Bewohner ausweinen lassen	Die Mitarbeiterin schildert, dass sie die Bewohnerin ausweinen lässt: „ <i>das sie sich auch mal ausweinen können</i> “.
um Probleme kümmern	Die Mitarbeiterin kümmert sich um die Probleme der Bewohnerin, indem sie ihr zuhört: „ <i>das man sich um die Probleme immer kümmert</i> “.
erzählen lassen	„ <i>Tja, das Beste ist zuhören und mal ein bisschen erzählen lassen von den Kindern und mehr kann dann auch nicht machen.</i> “
trösten	Die Mitarbeiterin tröstet die Bewohnerin, indem sie ihr mitteilt, ihr Sohn kommt am Wochenende. „ <i>Der wird schon kommen, bestimmt am Wochenende. Er kommt ja eigentlich einmal die Woche, denn in der Woche klappt es nicht mit dem Arbeiten, er wird schon kommen.</i> “

**Gründe****Interview-Aussagen**

macht gute Pflege aus	Die Mitarbeiterin gibt an, dass dieses Verhalten eine gute Pflege kennzeichnet: „ <i>Das die Menschen noch unterhalten werden, nicht bloß hingesetzt werden, das man sich um die Probleme immer kümmert, das sie sich auch mal ausweinen können.</i> “
-----------------------	--

***Bewohner beschweren sich über die Mitarbeiter (Nr. 17)***

Es werden zwei negative Situationen im Umgang mit Bewohnern geschildert: In der ersten Situation beschwert sich eine Bewohnerin bei der Mitarbeiterin über die Arbeit der Vorschicht, dabei schildert die Mitarbeiterin, dass die Bewohnerin ihr mitteilt, angeblich keine Schmerztablette bekommen zu haben (10, 26-36).

In der zweiten Situation beschreibt eine Mitarbeiterin, wie sich eine blinde Bewohnerin bei ihr über einen anderen Mitarbeiter beschwert, der sie ohne Anleitung allein im Bad zum Waschen zurückließ. (9, 11-15).

Die Mitarbeiter beschreiben ihre Verhaltensweisen, die Ergebnisse und die Gründe für ihr Verhalten im Zusammenhang mit den Situationen folgendermaßen:

<b>Verhaltensweisen</b>	<b>Interview-Aussagen</b>
nicht darauf eingehen	Die Mitarbeiterin gibt an, dass sie nicht darauf eingeht, wenn sich die Bewohnerin über die Vorschicht beschwert. „ <i>weil ich kann nicht darauf eingehen, wenn es jetzt nicht ein krankheitsbezogenes Problem ist, dass er Schmerzen hat oder so was, sonst finden die kein Ende, die würden sich nur beschweren.</i> “
an Kollegin verweisen	Die Mitarbeiterin teilt der Bewohnerin mit, sie soll das Problem mit der Kollegin klären, die es betrifft.
beide Seiten hören	„ <i>Und ich muss dann schon erstmal, ehe ich überhaupt was dazu sage, beide Seiten hören.</i> “
gerecht urteilen	„ <i>Und ich muss dann schon erstmal, ehe ich überhaupt was dazu sage, beide Seiten hören und da verweise ich die immer an die Kollegin selber, dass sie das mit ihr zu klären hat.</i> “
damit umgehen können	Die Mitarbeiterin gibt an, dass sie mit den schimpfenden Bewohner

umgehen muss. „Muss ich damit umgehen können.“

ablenken durch Gespräche	Die Mitarbeiterin gibt an, die Bewohner mit einem Spruch abzulenken, um sie von ihrer Unzufriedenheit abzulenken <i>„ach heute ist ein neuer Tag und wir fangen ganz neu an und heute scheint die Sonne und da wird es sowieso besser und irgendwie ablenken [...] Dann so ein bisschen raus bringen so aus ihrem Meckern, bisschen weg bringen davon.“</i>
Ausreden finden	Als die Bewohnerin der Mitarbeiterin mitteilt, dass sie sich nicht um ihre Schmerzen kümmerte, teilt sie ihr mit <i>„na ja es war ja Nacht, sie haben geschlafen, sie haben geruht, jetzt sieht es doch viel anders aus“</i>
hinweisen sich bei Schmerzen zu melden	Die Mitarbeiterin teilt der Bewohnerin mit, sie soll sich, wenn sie wieder Schmerzen hat, melden, dann bekommt sie ein Schmerzmittel.
nachlesen in Dokumentation	Die Mitarbeiterin erklärt, dass sie in der Dokumentation nachliest, ob die Bewohnerin Schmerzmittel bekommen hat: <i>„Und dann schaue ich nach ob sie wirklich nichts bekommen hat. Wenn aber drinnen steht sie hat Schmerzen geäußert, dann steht unter Garantie drinnen sie hat Schmerzmittel bekommen.“</i>
erklären	Die Mitarbeiterin erklärt der Bewohnerin sie hat die Dokumentation überprüft und teilt ihr mit, sie hätte ein Medikament bekommen.
bestätigen	Die Mitarbeiterin gibt an, dass sie der Bewohnerin Recht gibt und ihre Schilderungen glaubt: <i>„Ich sage [...] so was muss gesagt werden, so was können sie alleine nicht mehr machen und das ist ganz klar und das belastet sie und das müssen wir abschaffen.“</i>
Gespräch	Die Mitarbeiterin gibt an, dass sie mit der Bewohnerin sprach und sie bestätigte.
beruhigen und erklären	Die Mitarbeiterin teilt der Bewohnerin mit, dass die Kollegin sicher nicht gewusst hat, dass sie sich nicht allein waschen kann.
erklärt, sich zu kümmern	<i>„und ich werde mit ihr reden und werde es ihr sagen, der Wohnbereichsleiterin sagen, das man so was nicht machen kann“</i>
zusichern	Die Mitarbeiterin sichert der Bewohnerin zu, dass es kein weiteres Mal passiert.

## Ergebnisse

## Interview-Aussagen

Bewohner war sehr belastet	<i>„Also das war für sie und das hat sie nicht bloß mir gesagt, das hat sie auch etlichen anderen gesagt, das hat sie sehr belastet.“</i>
----------------------------	---

Bewohner bedankt sich	Die Bewohnerin bedankt sich bei der Mitarbeiterin für das Gespräch.
-----------------------	---

## Gründe

## Interview-Aussagen

reflektiert, Bewohner möchte nur reden	Die Mitarbeiterin gibt als Gründe an, dass sie denkt, die Bewohnerin möchte Aufmerksamkeit und nur reden. <i>„Um irgendwie im Mittelpunkt zu stehen und jetzt bin ich mal diejenige, jetzt muss sie mal mit mir reden.“</i>
in nächster Schicht wird über sie geredet	Ein weiterer Grund für ihr Verhalten ist, dass die Bewohnerin sich in der nächsten Schicht über sie beschwerten wird.

reden genügt	<i>„Und ich unterhalte mich ja schon und versuche es ihnen schon so recht wie möglich zu machen [...] es kriegt jeder seine Streicheleinheiten, aber die kann man nun eben nicht stundenlang kriegen“</i>
keine Zeit	Die Mitarbeiterin gibt an, das Gespräch nicht vertiefen zu können, weil dafür keine Zeit ist: <i>„Da stehe ich drei Stunden hinten und rede noch und ringsum klingelt es und jeder will ja früh raus und gewaschen werden und zum Frühstück und wenn ich aber darauf eingehe, dann bin ich drei bis vier Stunden im Zimmer, das nimmt kein Ende, weil die immer wieder was finden.“</i>
Arbeitsaufgabe, Pflegeverständnis	Als Grund gibt die Mitarbeiterin an, dass es ihre Arbeitsaufgabe ist, so zu handeln. <i>„wenn ich da jetzt drüber weg gucken würde oder so was, da hätte ich selber gar keine Ruhe. Also so was liegt mir überhaupt nicht.“</i>

### **Bewohner beleidigen Mitarbeiter (Nr. 18)**

Folgendes Critical Incident wird von Bewohnern und Mitarbeitern gemeinsam berichtet: Es werden drei negative Situationen beschrieben, eine von einer Bewohnerin und zwei Situationen von Mitarbeitern. Beide Untersuchungsgruppen schildern Ereignisse, in denen die Mitarbeiter von den Bewohnern beleidigt und beschimpft werden (19, 60-72; 11, 25-39; 9, 25-34).

Mitarbeiter und Bewohnerin beschreiben die Verhaltensweisen der Mitarbeiter, die Ergebnisse und Gründe für das Verhalten der Mitarbeiter in den Situationen folgendermaßen:

<b>Verhaltensweisen</b>	<b>Interview-Aussagen</b>
drüber wegsehen	Die Bewohnerin berichtet, dass die Mitarbeiter über die Beschimpfungen hinwegsehen. <i>„Wissen Sie, die Patienten sind manchmal sehr, sehr böse. Da gehen sie halt so drüber weg“.</i>
lassen Bewohner machen	Die Bewohnerin berichtet, dass die Mitarbeiter den Bewohner einfach schimpfen lassen: <i>„gehen sie halt so drüber weg und da lassen sie es halt.“</i>
freundlich hinnehmen	Die Mitarbeiter nehmen die Beschimpfungen hin und verhalten sich freundlich im Umgang mit den schimpfenden Bewohnern.
zurechtweisen	Eine Mitarbeiterin gibt an, mit dem Bewohner zu reden: <i>„und da sag ich dann immer wir haben auch nicht jeden Tag gute Laune und müssen auch nett und freundlich sein und ich sag eigentlich erwarten wir das auch von den Bewohnern. Ich sage und man kann nicht mit jedem, da muss man nicht immer gleich so losschießen.“</i>
Krankheitsbild hinterfragen	Eine Mitarbeiterin berichtet, dass sie die Beleidigungen der Bewohner ihrem Krankheitsbild zuschreibt, um sie „wegzustecken“: <i>„aber eigentlich ich stecke das weg und sehe das nicht so, ich tue das dem Krankheitsbild oder demjenigen zu und da hat sich das für mich.“</i>
wegstecken	Eine Mitarbeiterin gibt an, die Beleidigungen wegzustecken.
hinterfragt und erklärt Verhalten des Bewohners	Die Mitarbeiter erklären sich das Verhalten des Bewohners: <i>„Ach er ist so ein Typ, wenn er ein bisschen missgelaunt ist oder er jemanden irgendwie</i>



*nicht leiden kann, dann handelt er unüberlegt“. „Er poltert ja mit vielen immer und er versucht dann, was er mal früher war, auszuspielen.“*

ärgern sich	Die Mitarbeiter geben an, sich über unberechtigte Beschimpfungen im ersten Moment zu ärgern.
hinnehmen	Die Mitarbeiter nehmen das Verhalten des Bewohners hin. <i>„ich denke na ja, nimmst ihn so wie er ist, der ändert sich sowieso nicht mehr, was will ich mich da ärgern hinter her“</i>
resignieren	
Beleidigungen anhören	Eine Mitarbeiterin berichtet, dass sie sich die Beleidigungen von dementen Bewohnern anhört.
kontern, Meinung sagen	Die Mitarbeiterin berichtet, dass sie bei einigen nicht dementen Bewohner kontert: <i>„es gibt auch Leute, die manchmal ausrasten, die ganz schön ausrasten sogar und ich muss mir manchmal irgendwelche Sachen anhören, dann kontere ich auch schon mal, es kommt darauf an, wer es ist.“</i>
kündigt ignorieren an	Eine Mitarbeiterin berichtet, dass sie nicht mehr mit ihm spricht, wenn er sie beleidigt: <i>„Ich sage, ‚und wenn du mir so dumm kommst, da rede ich kein Wort mehr mit dir‘.“</i>
ignoriert Fragen	<i>„Und da hat er mich noch was gefragt und da habe ich gar nicht geantwortet.“</i>
wehrt sich verbal	Eine Mitarbeiterin wehrt sich: <i>„da habe ich gesagt, ‚höre mal ich kann nichts dafür, ich habe auch nur zwei Hände und ich wusste das nicht‘.“</i>
geht nicht auf Anspielungen ein	<i>„Und ‚ja ich gehe runter und melde dich und das kann nicht war sein.‘ Und da sag ich, ‚da musste es machen‘. Ich sage, ‚ich habe dir nichts getan und da musst du es machen‘.“</i>
nicht nachtragend	Ein Mitarbeiterin berichtet, dass sie nicht nachtragen ist und auch wieder mit dem Bewohner redet. <i>„ich rede mit dem dann und er weiß es ganz genau und hinterher sagt er, ‚ja du weißt ja, wie ich bin.‘ Und da hat sich der Fall.“</i>

## Ergebnisse

## Interview-Aussagen

Bewohner entschuldigt sich	<i>„Er entschuldigt sich zwar manchmal hinterher“</i> und sieht ein, dass er unberechtigt explodiert ist. <i>„Und er hat sich bisher immer hinterher entschuldigt.“</i>
----------------------------	---

## Gründe

## Interview-Aussagen

Motive erklären	Eine Mitarbeiterin gibt als Grund für ihr Handeln an, sie möchte dem Bewohner die Motive für ihre Handlungen erklären, um ein Verständnis zu erreichen: <i>„Ja eigentlich erstmal um auch das ich auch meine Reaktion ihm gegenüber rüberbringe und das er weiß, wie ich dazu stehe.“</i>
Berufserfahrung aus Psychiatrie	Als weiterer Grund wird von einer Mitarbeiterin angegeben, dass sie aus Berufserfahrung handelt, die sie während der Arbeit in der Psychiatrie erworben hat: <i>„Ich habe damit keine Probleme. Dadurch, dass ich auch einige Jahre in der Psychiatrie gearbeitet habe, habe ich auf diesem Gebiet eigentlich sehr wenige Probleme.“</i>

**Körperpflege (Nr. 19)**

Folgendes Critical Incident wird von Bewohnern und Mitarbeitern gemeinsam berichtet: Drei Mitarbeiter beschreiben zwei positive und eine negative Situation im Umgang mit Bewohnern bei der Körperpflege. Von einer Bewohnerin wird ebenfalls eine positive Körperpflege-Situation geschildert (7, 32-38; 17, 56-59; 10, 11-23; 3, 45).

Mitarbeiter und Bewohnerin beschreiben die Verhaltensweisen der Mitarbeiter, die Ergebnisse und Gründe für das Verhalten der Mitarbeiter in den Situationen folgendermaßen:

<b>Verhaltensweisen</b>	<b>Interview-Aussagen</b>
Mitarbeiter bringen Waschzeug	<i>„Die bringen mir mein Zeug, wo ich mich waschen kann, früh ans Bett.“</i>
stellen Waschschüssel auf Nachtschrank	<i>„Wird hochgebracht an den Nachtschrank, da wird was rausgeklappt, da wird die Schüssel draufgestellt.“</i>
legen Handtücher und Waschlappen bereit	<i>„Dann werden meine Handtücher und die Waschlappen hingetan.“</i>
geben Badezusatz ins Wasser	<i>„Machen ein Badezeugs rein.“</i>
Kleidung hingelegt	<i>„Und die Sachen, das wird dann auch alles hingelegt, damit ich mich anziehen kann.“</i>
Bewohner sucht Kleidung aus	<i>„Das lege ich mir abends auf den Stuhl und die andere kommt dann in die Wäsche, das lege ich dann extra.“</i>
spricht mit Bewohnerin	Eine Mitarbeiterin gibt an, ein Gespräch mit der Bewohnerin zu führen: <i>„Und dann kommt sie halt, und gerade heute habe ich mein Fett weg, ich sollte doch immer bloß noch Leute in den Dienst eintragen, die mit ihr zurecht kommen“.</i>
antwortet	<i>„Ich habe gesagt, gehen sie doch mal zur Frau X. runter, da kann es vielleicht eher geregelt werden.“</i>
erklärt die Situation	Die Mitarbeiterin berichtet, dass sie versucht der Bewohnerin die Situation zu erklären: <i>„Ich habe nun mal die Mitarbeiter und die muss ich auch eintragen und die, sie müssen auch ihren Dienst machen, ich weiß auch nicht, woran das manchmal liegt es gibt, sage ich mal.“</i>
Zeit nehmen	<i>„Die wollen halt auch gerne mal so ein bisschen was erzählen oder und was fragen, sage ich mal so, die Zeit muss man sich dann auch nehmen.“</i>
private Dinge erzählen	<i>„Es ist eine Heimbewohnerin, die will halt immer so ein bisschen was privates wissen und so weiter und wenn man da mal ein bisschen was redet und erzählt, denn dann baut schon so eine gewisse Beziehung auf.“</i>
Bewohnerin vom Nachtdienst geduscht	Die Mitarbeiterin schildert, dass die Bewohnerin sich ungern von einer jungen Kollegin duschen lässt und deshalb bis zum Nachtdienst gewartet wird: <i>„da wird dann eben gewartet, bis der Nachtdienst kommt und der ins Konzept passt und von ihr wird sie dann geduscht“.</i>
Dienstplan ausrichten	Die Mitarbeiterin schildert, dass der Dienstplan auch entsprechend

	gestaltet wird, dass die Bewohnerin geduscht werden kann: <i>„Dann wird das halt so eingerichtet. Einer ist dann immer irgendwie dabei.“</i>
neue Kollegin zum Duschen vorstellen	<i>„Aber wir haben da noch eine Kollegin, die ist auch noch nicht lange da, die werde ich ihr dann vorstellen gehen und da ich habe heute schon angefangen.“</i>
langsam Vertrauen gewinnen	<i>„Also das muss immer in mehreren Etappen gehen, dann morgen Dienst und da gehe ich zusammen mit ihr hin und werde mit ihr reden.“</i>
Einverständnis zum Duschen erfragen	<i>„Und da gehe ich mit ihr hinter und da frage ich sie, ob sie sie duschen darf. Also das ist immer ein Aufwand.“</i>
Einverständnis erfragen ist aufwändig	<i>„Und da gehe ich mit ihr hinter und da frage ich sie ob sie sie duschen darf.“</i>
anfangen mit waschen	<i>„Na ja das kommt drauf an zu welchem Bewohner man geht und da fängt man mit waschen an.“</i>
bemerkt Gesprächsbereitschaft	<i>„Da fängt man mit waschen an, es merkt man, ob die Bewohner ein Gespräch führen wollen oder nicht.“</i>
redet während der Pflege	Eine Mitarbeiterin berichtet, dass sie mit Bewohnern spricht, wenn sie merkt, dass sie ein Gespräch führen möchten.
Handlungen ansagen	<i>„Da tue ich dann meistens meine Handgriffe begleiten, ich wasche jetzt den Oberkörper oder ich trockne sie jetzt ab, dann beschränkt sich das darauf.“</i>
begrüßen	Die Mitarbeiterin berichtet, dass sie die Bewohner mit einem „Guten Morgen!“ begrüßt und dann die Handlungen ansagt.
akzeptieren	<i>Und manche Leute wollen auch gar nicht reden, das muss man dann halt auch akzeptieren“</i>
stellt sich auf Gespräch ein	Die Mitarbeiterin berichtet, wenn die Bewohner wissen wollen, z. B. wie das Wetter ist, lässt sie sich auf ein Gespräch ein.
unterhalten	Die Mitarbeiterin berichtet, dass sich mit Bewohnern unterhält: <i>„und manche die noch ziemlich klar sind, sage ich mal und die fragen: ‚Hatten sie frei, hatten sie was unternommen?‘, fragen manche und da unterhält man sich darüber“.</i>
stellt Fragen	<i>„Oder ich frage, ‚Waren ihre Kinder da?‘ Oder so in der Richtung. Oder wenn Geburtstag war, ‚Waren sie mit zur Feier unten?‘“</i>
Bewohner zum Frühstück schaffen	<i>„Wenn man sie fertig hat, schafft man sie zum Frühstück.“</i>
routiniertes Arbeiten	<i>„Wenn man sie fertig hat, schafft man sie zum Frühstück und geht zu den nächsten Bewohnern. Dasselbe von vorne wieder.“</i>
erklären und reden	Eine Mitarbeiterin berichtet, dass Bewohner angeben, sie wurden nicht gebadet. Diesen wird in Gesprächen erklärt, dass sie nach dem Badeplan gebadet wurden: <i>„Das man ihnen auch das erklärt, dass sie ja auch dran waren und doch mit den mit den Bewohnern reden.“</i>

**Ergebnisse****Interview-Aussagen**

Bewohner zum Sprechen  
aktiviert

Die Mitarbeiterin erhält eine Rückmeldung von den Bewohnern: *„Meistens kommt zurück, ja oder schön oder es ist kalt oder das Wasser ist zu warm oder irgendwie so in dieser Richtung. Mehr kaum, höchstens meine Haare noch oder irgend so was“.*

**Gründe****Interview-Aussagen**

Verwirrung bei dementen  
Bewohnern vermeiden

Als Gründe werden für das Verhalten angegeben: *„Na ja wenn jetzt zum Beispiel welche im Bett liegen und überhaupt nicht mehr rauskommen und zeitweise auch verwirrt sind, ich kann sie jetzt einfach nicht losmachen und die wissen früh gar nicht was geht jetzt los, was macht denn der mit mir?“.*

Pflegeverständnis

Ein weiterer Grund besteht darin, dass die Mitarbeiterin angibt, sie muss sich so verhalten, da es richtig und angemessen ist: *„Das muss ich dann schon sagen, [...] nicht das ich dann einfach mit dem Handtuch komme und dann kommt wieder ein Waschlappen, also das finde ich schon, dass ich das sagen muss“.*

**Mitarbeiter deckt Krankheit bei Bewohner auf (Nr. 20)**

Eine Mitarbeiterin schildert in einer positiven Situation, wie sie bei einer verschlossenen Bewohnerin eine Krankheit aufdeckt und die Bewohnerin daraufhin behandelt wird: *„Zu Ostern hatten wir so einen Fall, es ging einer Patientin, also einem Heimbewohner nicht gut, sie hatte, es schleppte sich so hin, sie offenbarte sich nicht, weil sie ein bisschen so verschlossen ist und weil sie denkt sie macht zu viel Umstände, zuviel Arbeit na ja und da wurde es immer ein bisschen schlimmer und da habe ich so Brocken für Brocken von ihr raus gekriegt, was so in ihr steckt oder was wo der Schuh drückt und was sie für Schmerzen hat.“* (16, 8-26).

Die Mitarbeiterin beschreibt ihre Verhaltensweisen, die Ergebnisse und die Gründe für ihr Verhalten im Zusammenhang mit der Situation folgendermaßen:

**Verhaltensweisen****Interview-Aussagen**

Arzt gerufen

Die Mitarbeiterin berichtet, dass sie den Arzt riefen, da sich die Bewohnerin nicht gut fühlte.

herausbekommen

Die Mitarbeiterin schildert, dass sie Stück für Stück herausbekommt, in welchen Körperbereichen die Bewohnerin Schmerzen verspürt.

von sich erzählen

*„Wenn das so Stück für Stück das ein bisschen mit hintenrum und man von sich vielleicht noch erzählt, das man erfährt was den Leuten weh tut oder wo es eben was ist.“*

Zugang finden

Die Mitarbeiterin beschreibt, dass sie in kurzer Zeit einen Zugang zur Bewohnerin fand und ein akutes Problem aufdeckte.

hintenrum gefragt

Die Mitarbeiterin erklärt, dass sie „hintenrum“ die Bewohnerin zum Reden animierte: *„und auch ein bisschen so von hinten rum fragen oder erst einmal horchen [...] Ich habe sie dann immer ein bisschen gefragt, wenn ich sie hin gesetzt, auf den Nachtstuhl gesetzt habe und gefragt“.*

Geräusche anhören	Die Mitarbeiterin berichtet, dass sie vor der Tür die Geräusche der Bewohnerin anhörte, während diese auf dem Nachtstuhl saß: <i>„hören uns aber draußen die Geräusche mit an und da hörte ich bloß immer das es sehr, sehr lange dauerte ehe da drei Tropfen kamen“</i>
Intimbereich wahren	Die Mitarbeiterin schildert, dass sie bei der „älteren Generation“ darauf achtet, den Intimbereich zu wahren: <i>„Die ältere Generation oder überhaupt man muss auch einen gewissen Intimbereich ein bisschen wahren und auch ein bisschen so von hinten rum fragen oder erst einmal horchen“.</i>
erklärt das Verhalten der Bewohnerin	Die Mitarbeiterin erklärt sich das Verhalten der Bewohnerin: ältere Menschen sind schamhafter, aus diesem Grund muss sie dezent damit umgehen.
Flecken deuten	Die Mitarbeiterin erklärt, dass es wichtig ist zu überlegen und die möglichen Hautveränderungen des Bewohners zu erkennen: <i>„Ja, wenn ich sage, Beispiel, dort ist irgendwo ein recht komischer roter Fleck in der Haut, dann schon mal mit überlegen, was könnte das sein, ist das jetzt tiefer oder ist das bloß gestoßen oder irgendwie so etwas, das könnte ja auch eine Thrombose oder richtig was draus werden“.</i>
im Hinterkopf haben	<i>„Dass man schon immer so im Hinterkopf mit hat, was könnte auf uns denn zukommen, was haben wir dann für pflegerische Maßnahmen zu machen.“</i>
<b>Ergebnisse</b>	<b>Interview-Aussagen</b>
Bewohnerin muss ins Krankenhaus	Die Bewohnerin wurde im Krankenhaus an der Blase behandelt.
<b>Gründe</b>	<b>Interview-Aussagen</b>
Kosten voraussehen und beachten	Die Mitarbeiterin schildert, dass es wichtig ist, die möglichen Kosten zu beachten und durch vorausschauendes pflegerisches Handeln auch vorzubeugen: <i>„Ich sage auch im Hinterstübchen, man möchte es nicht immer machen, aber es sind auch bestimmt Kosten, die auch manchmal eben, die wir auch ein bisschen voraus sehen oder ein bisschen, kann das nicht sagen, aber ein bisschen könnte man da ein bisschen mit voraussehen“</i>
Erfahrungen und Fachwissen einbeziehen	Die Mitarbeiterin erklärt, dass sie um vorausschauend zu handeln, Fachwissen aus Weiterbildungen und Erfahrungswissen einbezieht: <i>„Das ist eigentlich Fachwissen, also Erfahrung ich bin ja schon 15 Jahre zu DDR - Zeiten in Pflegeheimen gewesen, dann habe ich zu Hause auch viel Literatur, dann diese, noch mal so einen Lehrgang gemacht, dort haben sie uns sehr viel, gerade auf, gerade die ganze Anatomie alles so beigebracht und auch so wenn wir irgendwie was, dann gucke ich nach, muss ich nachgucken, was da kann passieren, was wie entsteht, wie es behandelt wird.“</i>
Eigenes Interesse einbeziehen	Die Mitarbeiterin gibt an, aus eigenem Interesse die Bewohner vorausschauend zu pflegen, <i>„da, man hat vielleicht selber mal einen Fleck gehabt und weiß wie unangenehm das ist“.</i>

mitfühlen und einfühlen

*„Dann denkt man, ach jetzt hat die auch so einen roten Fleck oder jetzt hat die einen wunden Po, das tut brennen, man weiß ja wie es selber so ist, ich fühle eben immer ein bisschen selber mit, was ja dann auch unangenehm ist für die Leute.“*

### **Bewohner aktivieren und mobilisieren (Nr. 21)**

Es werden drei positive Situationen von drei Mitarbeitern geschildert. In der ersten Situation beschreibt eine Mitarbeiterin wie ein Bewohner, der lange Zeit bettlägerig war, wieder im Rollstuhl sitzt (22, 8-16).

In der zweiten Situation wird beschrieben, dass Bewohner, die sich gern vom Personal pflegen lassen, aktiviert und mobilisiert werden, einige Pflegehandlungen selbst auszuführen (16, 9-15).

In einer dritten Situation beschreibt eine Mitarbeiterin, wie eine Bewohnerin zum Laufen mit dem Gehbänkchen aktiviert wurde (6, 26-34).

Die Mitarbeiter beschreiben ihre Verhaltensweisen, die Ergebnisse und die Gründe für ihr Verhalten im Zusammenhang mit den Situationen folgendermaßen:

<b>Verhaltensweisen</b>	<b>Interview-Aussagen</b>
mobilisiert	Die Mitarbeiterin schildert, dass sie den Bewohner mobilisierten: <i>„jetzt haben wir so langsam wieder versucht, da war er das erste Mal wieder draußen und wusste sofort, wo er gesessen hatte“.</i>
Bewohner aus dem Bett nehmen	Die Mitarbeiter nehmen den Bewohner aus dem Bett.
gestaunt	Die Mitarbeiter sind überrascht und staunen, was der Bewohner noch zu wissen vermag: <i>„da haben wir gestaunt was der sich noch gemerkt hat, was gewusst hat.“</i>
gewundert	<i>„Wir haben uns gewundert, weil er eben auch die erste Zeit im Zimmer auch sehr apathisch war, das wurde dann besser so mit der Zeit.“</i>
sprechen, während der Pflege	Die Mitarbeiterin gibt an, dass sie während der Pflege mit dem Bewohner spricht: <i>„na klar spricht man mit den Leuten, wenn man ins Zimmer geht und so oder wenn man was macht aber man ist ja nun nicht ständig drinnen, das geht ja nicht“.</i>
aufklären über Pflegesituation	Die Mitarbeiterin schildert, dass sie mit den Bewohnern über ihre Pflegesituation spricht.
mögliche Folgen erzählen	Die Mitarbeiterin berichtet, sie teilt den Bewohnern mit, dass sich ihre körperlichen Funktionen einschränken, wenn sie sich nicht bewegen: <i>„sage ich eben klipp und klar sie müssen die Füße aufstellen sonst schlafen die Muskeln im Wadenbereich ein oder sie müssen das mal mit festhalten oder versuchen sie sich mal zu kämen, sonst geht dann gar nichts mehr, dann bleiben sie eines Tages liegen wo sie liegen, wenn man nicht was mit tut“.</i>
versetzt sich in Situation	Die Mitarbeiterin reflektiert, wie sie sich möglicherweise im Alter

	verhalten würde, wenn sie sich nicht mehr an der Pflege beteiligen möchte: <i>„Im Hinterstübchen bei mir sage ich auch immer ja, was wirst denn machen, wenn du mal keine Lust mehr hast, also wenn ich dann alt bin und ich dann keine Lust mehr habe“.</i>
zur Selbstpflege aktivieren	Die Mitarbeiterin erklärt, dass sie die Bewohner zum Mitmachen aktiviert: <i>„dass sie eben noch ein bisschen was noch mit machen“.</i>
Vorzüge erklären	Eine Mitarbeiterin gibt an, der Bewohnerin die Vorzüge des selbständigen Laufens zu erklären: <i>„Nun man muss ihr sagen, was es für Vorzüge hat. Und das es für sie leichter ist“.</i>
Aufwand des Personals erklären	Die Mitarbeiterin erklärt der Bewohnerin den Pflegeaufwand des Personals: <i>„Nun man muss ihr sagen, was es für Vorzüge hat. Und das es für sie leichter ist und das es für uns aber auch leichter ist.“</i>
<b>Ergebnisse</b>	<b>Interview-Aussagen</b>
Bewohner erinnert sich	Der Bewohner erinnert sich nach der langen bettlägerigen Zeit an seinen Sitzplatz.
Bewohner freut sich	<i>„Den freut es, wenn er mal wieder raus ist, wenn er mal wieder raus kann, das freut die Leute dann.“</i>
Erfolge für Bewohner und Mitarbeiter	Die Mitarbeiterin schildert, dass es für beide erfolgreich ist, wenn der Bewohner wieder drei Schritte läuft.
Bewohner geht selbst zur Toilette	Als Ergebnis wird ebenfalls angegeben, dass der Bewohner allein drei Schritte zur Toilette geht.
Einsicht bei Bewohner	Die Mitarbeiterin schildert, die Bewohnerin sieht ein, dass es besser ist, selbst zu laufen.
Bewohnerin ist stolz	<i>„Und ihren Verwandten wollte sie es dann auch zeigen dann. Die haben sich dann auch gefreut.“</i>
Bewohnerin geht mit Gehbänkchen	Bewohnerin geht selbständig mit Gehbänkchen.
<b>Gründe</b>	<b>Interview-Aussagen</b>
Berufserfahrungen	Als Gründe führt eine Mitarbeiterin an, dass sie es häufig erlebt hat, wie Bewohner über Jahre bettlägerig sind: <i>„liegen dann Jahrelang im Bett und können nichts mehr tun, also das schläft alles ein. Da ist nicht mal mehr das sie eine Semmel halten können“.</i>
aktivierende Pflege hat Erfolg	<i>„Also der Aufwand vorneweg für das Animieren ist manchmal anstrengender als eine die liegt im Bett und macht gar nichts mehr und ich mache meine Tätigkeit, meine Arbeit dort, das ist manchmal einfacher, aber das bringt ja nichts.“</i>
zusätzlichen Pflegeaufwand vermeiden	Die Mitarbeiterin gibt an, eine fehlende Aktivierung führt zu zusätzlichen pflegerischen Aufgaben: <i>„Denn wenn sie im Bett ist, da kommen dann einige Sachen dann doch wieder dazu, beim im Bett liegen.“</i>
erkennt Potential der	Die Mitarbeiterin gibt folgenden Grund an: Sie erkennt dass die

Bewohnerin	Bewohnerin ehrgeizig ist und es schaffen kann: <i>„Weil ich gemerkt habe, dass es eigentlich bei ihr noch sehr gut ankommt und dass sie auch ehrgeizig ist, muss ich sagen.“</i>
einschätzen	Die Mitarbeiterin schätzt die Entwicklungsmöglichkeit der Bewohnerin ein und begründet damit ihr Handeln: <i>„bei ihr hat man gemerkt, das sie ehrgeizig ist und sehr aufnahmefähig auch noch.“</i>

### ***Dementer Bewohner bastelt an elektrischen Geräten (Nr. 22)***

Eine Mitarbeiterin beschreibt eine negative Situation, in der ein dementer Bewohner am Lichtschalter herumbastelt und ohne Aufsicht sein Bett mit der Fernbedienung in die höchste Position bringt. (16, 30-36).

Die Mitarbeiterin beschreibt ihre Verhaltensweisen und die Gründe für ihr Verhalten im Zusammenhang mit der Situation folgendermaßen:

<b>Verhaltensweisen</b>	<b>Interview-Aussagen</b>
kontrollieren	Die Mitarbeiterin gibt an zu kontrollieren, ob der demente Bewohner „etwas anstellt“ <i>„du möchtest dann auch dein Auge drauf haben, das sie nicht gar zu viel Dummheiten machen.“</i>
Biographie, Vergangenheit erforschen	<i>„Ich habe raus gekriegt, er war sehr dem Geld nach, man muss eben immer wieder in der Vergangenheit suchen [...] Also man muss immer in der Vergangenheit mal gucken, wie waren die Verhältnisse, wie war er früher und dann kann man von dort was übernehmen.“</i>
Vergangenheit einbeziehen	<i>„Er war sehr sparsam und das Geld und da sage ich halt also das nächste Mal, wenn sie wieder hier drinnen rumspielen, und es geht was kaputt, geht es von ihrem Konto.“</i>
Bewohner soll bezahlen	Die Mitarbeiterin gibt an, dass sie dem Bewohner erklärt, er muss die Kosten für die Reparatur bezahlen.
Schalter abstellen	Die Mitarbeiterin erklärt, dass sie den Lichtschalter abstellt.
Fernbedienung wegnehmen	Die Mitarbeiterin schildert, dass sie ihm die Fernbedienung wegnimmt: <i>„die Fernbedienung aus dem Bett oder was weg nehmen, das er sich nicht mehr kann bis hoch machen, mit dem Bett fahren.“</i>
<b>Gründe</b>	<b>Interview-Aussagen</b>
trägt Verantwortung	Als Gründe gibt die Mitarbeiterin an, dass sie das Verhalten des Bewohners verantworten muss.
vorausschauend, vorbeugend handeln	Die Mitarbeiterin gibt als Grund an, dass sie sich selbst fragt, welche Folgen sich ergeben und aus diesem Grund auch bestimmte Sachen vorbeugend verhindert.
Gefahren vermeiden	Als weiterer Grund wird genannt, dass die Mitarbeiterin Gefahren vermeidet, bevor sie passieren: <i>„Ja es ist ja immer mit Gefahren verbunden, entweder der fährt mit seinem Bett bis hoch und er stürzt von oben runter [...] aber es ist ja immer alles mit Gefahren verbunden und dann wird untersucht, wem, wie konnte das passieren?“</i>



***Dementer Bewohner findet sein Zimmer nicht (Nr. 23)***

Eine Mitarbeiterin beschreibt eine positive Situation, in der ein dementer Bewohner sein Zimmer im Wohnbereich nicht findet und sie ihn bis zum Zimmer begleitet: *„In erster Linie sind sie verwirrt und finden das Zimmer nicht oder kommen auf dem Zimmer nicht klar oder kommen auf den Gängen nicht klar, so was ist viel.“* (21, 28-32).

Die Mitarbeiterin beschreibt ihre Verhaltensweisen, die Ergebnisse und die Gründe für ihr Verhalten im Zusammenhang mit der Situation folgendermaßen:

<b>Verhaltensweisen</b>	<b>Interview-Aussagen</b>
hinführen zum Zimmer	Die Mitarbeiterin schildert, dass sie den dementen Bewohner zum Zimmer führt.
reden	Die Mitarbeiterin schildert, dass sie mit dem Bewohner spricht.
aufmerksam machen zum schauen und lesen	<i>„Sage, gucken sie mal was hier dran steht, lesen sie mir mal vor, wer hier wohnt, und das können die meisten.“</i>
helfen und unterstützen	Die Mitarbeiterin gibt an, dementen Bewohnern zu helfen und sie zu unterstützen: <i>„da muss man erstens sehr viel helfen und sie unterstützen“.</i>
richtigen Weg zeigen	Die Mitarbeiterin schildert, dass sie dem dementen Bewohner den richtigen Weg zeigt: <i>„also man muss mit den wirklich hin gehen und das zeigen, den rechten Weg wieder zeigen“.</i>
flexibel reagieren	Die Mitarbeiterin schildert, dass sie flexibel reagiert, denn die Bewohner sind vergesslich und können die Situationen nicht mehr einschätzen: <i>„Für einen Moment sind sie mal wieder da und dann sind sie wieder weg“.</i>
Bewohner machen lassen	Die Mitarbeiterin schildert, dass sie den Bewohner „machen lässt“, was er möchte. <i>„ich denke mir soll's sie es so machen wie es ist.“</i>
nicht streiten	<i>„Mit Dementen soll man ja auch nicht rum streiten, ich streite mich auch nicht.“</i>
<b>Ergebnisse</b>	<b>Interview-Aussagen</b>
Bewohner geht ins Zimmer	Der Bewohner geht in sein Zimmer
Bewohner erkennt seine Sachen	Der Bewohner erkennt die persönlichen Sachen im Zimmer. <i>„Da erkennen die ja auch ihr Zeug, ihr persönliches Zeug.“</i>
<b>Gründe</b>	<b>Interview-Aussagen</b>
Berufserfahrung, Reflexion von Handlungen	Als Gründe werden angegeben, dass die Mitarbeiterin die Erfahrung gemacht hat, dass die Bewohner nur ihr eigenes Zimmer erkennen: <i>„An dem Zimmer jetzt wo sie rein wollen, da kann man das nicht zeigen, kann man nicht, ich habe es einmal versucht, hier gucken sie mal, da steht doch die und die dran, da wohnen sie doch gar nicht.' Nein, nein die haben hier falsche Bilder hin gehangen' Also man muss mit den wirklich hingehen und das zeigen, dass man von dem Ort weg geht, wo sie falsch waren und in die richtige, also habe ich die Erfahrung gemacht. Das hat auch geklappt“.</i>

***Dementer Bewohner zieht sich eine Tüte über den Kopf (Nr. 24)***

Eine Mitarbeiterin (Wohnbereichsleiterin) beschreibt in einer Situation das Verhalten von zwei Pflegekräften, die zufällig in ein Bewohnerzimmer gehen, in der sich die verwirrte Bewohnerin eine Plastiktüte über den Kopf zieht: *„Na ja zum Beispiel, da gab's zum Beispiel eine Situation, da hatte eine Heimbewohnerin, die macht sich abends immer das Haarnetz um, und da hat sie wahrscheinlich nicht das Haarnetz erwischt, sondern hat sich eine Tüte über den Kopf gezogen, so eine Plastetüte“* (17, 42).

Die Mitarbeiterin beschreibt die Verhaltensweisen und die Gründe für das Verhalten der Kollegen im Zusammenhang mit der Situation folgendermaßen:

<b>Verhaltensweisen</b>	<b>Interview-Aussagen</b>
Mitarbeiter geht ins Zimmer	Eine Mitarbeiterin geht zufällig mit der Kollegin ins Zimmer.
Mitarbeiterin regt sich auf	<i>„Und eine Mitarbeiterin, na ja „papapapa“ großes Geschrei, „na was haben sie denn gemacht““</i>
spricht beruhigend mit Bewohnerin	<i>Die andere Mitarbeiterin, die das von Station erzählt hat, sagt „na kommen sie doch Frau Sowieso und das machen wir jetzt mal ab und sie suchen sicherlich ihr Haarnetz“</i>
Mitarbeiter erkennt Situation	Die Mitarbeiterin deutet die Situation und dass die Bewohnerin ihr Haarnetz sucht.
runter bringen, beruhigen	Die Mitarbeiterin beruhigt die Bewohnerin: <i>„man muss sie halt versuchen runter zu bringen“.</i>
Mitarbeiter reden miteinander	Die Mitarbeiter reden gemeinsam über die Situation der Bewohnerin.
Reflexion des Mitarbeiterverhaltens	Eine Mitarbeiterin reflektiert das unangepasste Verhalten der anderen Mitarbeiterin und erklärt ihr, was sie falsch gemacht hat.
<b>Gründe</b>	<b>Interview-Aussagen</b>
Anregung von WBL, Verhalten auszuwerten	Als Gründe für das Verhalten der Mitarbeiterin werden angegeben, dass den Mitarbeitern angeraten wird, sich über ihre Verhaltensweisen auszutauschen und diese untereinander auszuwerten.

***Verbesserter Gesundheitszustand eines Bewohners (Nr. 25)***

Eine Mitarbeiterin beschreibt folgende positive Situation: Ein Bewohner wird erfolgreich im Pflegeheim gepflegt und versorgt, mit dem Ergebnis, dass sich sein Gesundheitszustand merklich verbessert: *„Ja zum Beispiel haben wir einen Bewohner aus dem Krankenhaus zurück bekommen, ist also, äußert sich kaum noch, ist also auch so krank eigentlich so, na sag ich jetzt mal so irreparables, so Magengeschwür und wir haben ihn eigentlich in einem ziemlich desolaten Zustand aus dem Krankenhaus bekommen, also abgemagert bis zum geht nicht mehr und wo wir halt wirklich dachten, na ja das war's. Aber den wir eigentlich wieder so hochgepöppelt haben, sage ich mal so, das er zugenommen hat und eigentlich jetzt wieder guter Dinge ist. Also er äußert sich so mit ja und nein und gut und schön und so was.“* (17, 6-11).

Die Mitarbeiterin beschreibt ihre Verhaltensweisen, die Ergebnisse und die Gründe für ihr Verhalten im Zusammenhang mit der Situation folgendermaßen:

<b>Verhaltensweisen</b>	<b>Interview-Aussagen</b>
viel reden	Die Mitarbeiterin gibt an, viel mit dem Bewohner zu sprechen, wenn sie im Zimmer ist.
begrüßen	<i>„Wenn wir halt rein kommen begrüßen wir ihn, ‚Guten Morgen!‘“.</i>
von Bewegungen ablesen	Die Mitarbeiterin erklärt, an den körperlichen Bewegungen des Bewohners zu erkennen, wie es ihm geht.
einschätzen, ob Bewohner sich wohl fühlt	Die Mitarbeiterin erklärt, an den körperlichen Bewegungen des Bewohners zu erkennen, wie es ihm geht.
bekommt kalorienreiches Essen	<i>„Also er kriegt gut zu essen von uns, er kriegt auch extra noch so eine kalorienreiche Flüssigkeit und isst eigentlich so ziemlich normal“.</i>
Essgewohnheiten kennen	Die Mitarbeiterin berichtet, welche Speisen der Bewohner gern mag: <i>„Am liebsten isst er halt Kartoffelmuß mit irgendwie Möhren oder irgendeiner Soße, egal was, und das machen wir halt immer so“.</i>
Essgewohnheiten berücksichtigen	Die Mitarbeiterin schildert, dass der Bewohner die Speisen bekommt, die er gern mag: <i>„was er eben so gerne isst und das geben wir ihm und das isst er“.</i>
Ernährung umgestellt	Die Mitarbeiterin überlegt, welches Essen ihm bekommt und schildert, dass sie die Ernährung des Bewohners umgestellt haben, weil Medikamente nicht halfen seinen Stuhlgang zu regulieren.
<b>Ergebnisse</b>	<b>Interview-Aussagen</b>
Bewohner hat zugenommen	Die Mitarbeiterin berichtet, dass der Bewohner wieder zugenommen hat.
Bewohner spricht	Die Mitarbeiterin schildert, dass sich der Bewohner mit „ja“ und „nein“ äußert.
Bewohner freut sich	<i>„Dann lächelt er uns, das hat er eben auch nicht gemacht, er lächelt uns, also er lacht manchmal auch so richtig laut.“</i>
<b>Gründe</b>	<b>Interview-Aussagen</b>
alle Mitarbeiter in Pflege einbezogen	Als Gründe werden genannt, dass alle Mitarbeiter „mitgezogen“ sind und bei Besprechungen und Übergaben einbezogen wurden.
alternative Lösungen für Medikamente finden	<i>„Er hatte auch sehr Durchfälle [...] Und da haben wir halt überlegt wie wir das so in die Reihe kriegen, das klappt mit Medikamenten nicht, haben wir halt von der Ernährung her umgestellt alles was eben nicht Stuhlgang fördernd ist. Haben ihm halt geriebenen Apfel mit Schokolade und so was.“</i>
Bewohner angenehmes Leben ermöglichen	Die Mitarbeiterin gibt auch als Grund an, dem Bewohner ein angenehmes Leben zu ermöglichen.

**Bewohnerin lehnt ärztliche Anordnungen ab (Nr. 26)**

Eine Mitarbeiterin berichtet eine negative Situation, in der eine Bewohnerin ärztliche Anordnungen (Kompressionsverbände) ablehnt und sich nicht davon überzeugen lässt, dass die Anordnungen durchgeführt werden müssen (22, 19-33).

Die Mitarbeiterin beschreibt ihre Verhaltensweisen, die Ergebnisse und die Gründe für ihr Verhalten im Zusammenhang mit der Situation folgendermaßen:

<b>Verhaltensweisen</b>	<b>Interview-Aussagen</b>
reden	Die Mitarbeiterin redet mit der Bewohnerin.
nicht zwingen	Die Mitarbeiterin schildert, wenn das Reden „nichts bringt“, darf sie nicht gezwungen werden.
nicht handgreiflich	Die Mitarbeiterin schildert, dass sie nicht handgreiflich werden darf.
dokumentieren	Die Ablehnung der Bewohnerin wird dokumentiert.
resigniert	<i>„Dann entweder der Arzt findet eine andere Lösung, bringt nichts.“</i>
Gefühl haben	Die Mitarbeiterin schildert, dass sie ein „Gefühl hat“, wann das Reden erfolglos ist. <i>„Dazu muss ich das Gefühl haben. [...] Also ich kann jetzt nicht eine halbe Stunde reden, reden, reden und die wird immer lauter.“</i>
bemerken	Die Mitarbeiterin schildert, dass sie merkt, in welche Richtung sich die Situation, das Gespräch entwickelt.
<b>Ergebnisse</b>	<b>Interview-Aussagen</b>
Schwierigkeiten mit dem Arzt	<i>„Zum Beispiel ärztliche Anordnungen, die lehnt sie strickt ab, man kommt manchmal in Schwierigkeiten dem Arzt gegenüber.“</i>
Bewohnerin entfernt Kompressionsverbände	<i>„Kompressionsverbände, die hat sie sich dann auch selber abgewickelt.“</i>
<b>Gründe</b>	<b>Interview-Aussagen</b>
Arztanordnung	Als Grund für das Verhalten der Mitarbeiterin wird angegeben: <i>„Ja weil, es ist ja für ihr körperliches Wohl, was der Arzt verordnet und da muss ich auch sehen, dass ich darauf eingehe und dass ich das versuche, das Beste für sie zu tun.“</i>

**Toilettenbegleitung (Nr. 27)**

Eine Bewohnerin beschreibt eine positive Situation<sup>91</sup>, in der die Pflegekräfte neben der Bewohnerin stehen und warten, bis diese den Toilettengang beendet hat: *„Die bleiben neben mir stehen und passen auf, wenn ich großes Geschäft mache und das nehmen Sie dann gleich weg. Denken sie mal an, was das für eine Überbelastung ist.“* (5, 15-31).

---

91 Die Autorin schätzt diese Situationsbeschreibung als negatives Critical Incident ein, dies wird auch im weiteren Verlauf der Situationsbeschreibung der Bewohnerin deutlich.

Die Bewohnerin beschreibt folgende Verhaltensweisen der Mitarbeiter, Ergebnisse und Gründe für das Verhalten der Mitarbeiter in der Situation:

Verhaltensweisen	Interview-Aussagen
vorbildlich machen	Die Bewohnerin beschreibt das Verhalten der Pflegekräfte als vorbildlich: <i>„etwas, was über die Maßen geht und das machen doch die Schwestern wieder vorbildlich.“</i>
bleiben neben Bewohnerin stehen	Die Bewohnerin schildert, dass die Pflegekräfte neben ihr stehen bleiben, bis sie den Toilettengang beendet hat.
passen auf	Die Bewohnerin schildert, dass die Pflegekräfte aufpassen, bis sie den Toilettengang beendet hat.
gleich wegnehmen	Die Bewohnerin berichtet, dass die Pflegekräfte die Toilette gleich wegnehmen.
Mitarbeiter beobachten Bewohnerin	<i>„Nu, legen sie sich mal hin und machen Sie mal das Geschäft unter anderen Augen.“</i>
Mitarbeiter warten	<i>„Die warten einfach bis mein großes Geschäft beendet ist.“</i>
gründlich sauber machen	<i>„Und machen sie mich gründlich sauber.“</i>
nicht reden	<i>„In der Situation reden wir nicht, weil da jeder mit sich zu tun hat.“</i>
Ergebnisse	Interview-Aussagen
Überbelastung für Bewohnerin und Mitarbeiter	<i>„Denken sie mal an, was das für eine Überbelastung ist. [...] Für die Schwestern, aber auch für mich.“</i>
unangenehm für Bewohner	<i>„Nu, legen sie sich mal hin und machen Sie mal das Geschäft unter anderen Augen und warten dann bis es weggenommen wird. Das ist keine schöne Situation.“</i>
Gründe	Interview-Aussagen
weniger Aufwand	Die Bewohnerin gibt als mögliche Gründe für das Verhalten der Mitarbeiter an: <i>„Das ist wahrscheinlich für die Schwestern die sauberste Sache, wenn das gleich weggenommen wird.“</i>

### ***Bewohnerin hat Schmerzen (Nr. 28)***

Eine Bewohnerin berichtet von einem negativen Ereignis in der Nachtschicht: Sie verspürt in der Nacht Schmerzen und klingelt nach den Mitarbeitern. Eine Mitarbeiterin betritt ihr Zimmer und schreit sie an: *„Nun, ich habe in der Nacht mal eine Situation gehabt, da kam eine Schwester reingeschrien ins Zimmer und da habe ich gesagt, so nicht Schwester, und da hat sie geantwortet gerade so, denn wir haben Arbeit, das hat mich sehr gekränkt. Und da habe ich geantwortet und ich habe Schmerzen.“* (5, 60-69).

Die Bewohnerin beschreibt folgende Verhaltensweisen der Mitarbeiterin, Ergebnisse und Gründe für das Verhalten der Mitarbeiterin in der Situation:

Verhaltensweisen	Interview-Aussagen
redet scharfzüngig	„Nein, die ist scharfzüngig.“
Mitarbeiter schreit	Die Bewohnerin beschreibt, dass die Mitarbeiterin schreiend ihr Zimmer betritt: <i>„da kam eine Schwester reingeschrien ins Zimmer“</i> .
grobe Kommunikation	Die Bewohnerin schildert, dass es eine Ausnahme ist, dass eine Mitarbeiterin so grob ist. <i>„Ich habe fasst jede Nacht Schmerzen, aber das ist eine Ausnahme dass eine Schwester so grob ist.“</i>
Bewohnerin wehrt sich verbal	„da habe ich gesagt, so nicht Schwester [...] da habe ich geantwortet und ich habe Schmerzen“
Stress am Bewohner auslassen	„Da hat sie geantwortet, gerade so denn wir haben Arbeit“
Mitarbeiter gibt ihr eine Tablette	Die Bewohnerin berichtet, dass sie eine Tablette gegen die Schmerzen bekam.

Ergebnisse	Interview-Aussagen
Bewohner ist gekränkt	Die Bewohnerin gibt an, dass sie das „Anschreien“ sehr gekränkt hat. <i>„da hat sie geantwortet gerade so, denn wir haben Arbeit das hat mich sehr gekränkt.“</i>

Gründe	Interview-Aussagen
Einreibungen machen Arbeit	Den Grund für das Verhalten der Mitarbeiterin sieht die Bewohnerin in der Zeit und Arbeit, die Einreibungen machen: <i>„Eine Tablette gegeben, das fand ich gar nicht gut, denn es gibt Sachen, wo man einreibt das auch die Schmerzen nimmt, aber das macht ja bisschen Arbeit.“</i>
Mitarbeiter sind überlastet	Einen weiteren Grund sieht die Bewohnerin in der Überlastung der Mitarbeiter: <i>„Nu die ist auch überlastet. Man kann sich das ja vorstellen. Klingelt eins, klingelt wieder eins.“</i>

### **Mitarbeiter unterstützen und geben Hilfestellung (Nr. 29)**

Es werden fünf positive Situationen von den Bewohnern berichtet, in denen sie von den Mitarbeitern beim Essenreichen, bei der Körperpflege und beim Anziehen unterstützt werden (18, 19-25; 19, 20-33; 13, 19-34; 8, 26-41; 7, 15-26).

Die Bewohner beschreiben folgende Verhaltensweisen der Mitarbeiter, Ergebnisse und Gründe für das Verhalten der Mitarbeiter in den Situationen:

Verhaltensweisen	Interview-Aussagen
nicht unfreundlich	Die Bewohnerin gibt an, dass sich die Mitarbeiter nicht unfreundlich verhalten, wenn sie nicht alles isst.
kurzes Gespräch	„'Na ja sie denken eben an die Schweine'. Na ja, ach die werden auch nicht unfreundlich, was sollen sie denn machen, wenn ich es nicht esse, geht's eben zurück und kommt in den Schweineeimer. Da können sie sich nicht erst mit jedem lange aufhalten.“

freundlich	Eine Bewohnerin beschreibt, dass die Mitarbeiter sehr freundlich sind.
Mut machen	<i>„Na Frau X. das wird schon werden wieder und so.“</i>
kümmern sich	Mitarbeiter kümmern sich um die Bewohne: <i>„die sind immer für die anderen da“.</i>
anziehen	Ein Bewohner beschreibt, dass die Mitarbeiter ihm beim Anziehen von <i>„Gummistrümpfen“</i> helfen.
ausziehen	Die Mitarbeiter unterstützen den Bewohner beim Ausziehen der Strümpfe.
Füße waschen	Die Mitarbeiter waschen die Füße des Bewohners.
Mitarbeiter kommen zum Bewohner	Der Bewohner gibt an, dass die Mitarbeiter morgens in sein Zimmer kommen: <i>„Nu, die kommen früh.“</i>
Wissen wann Bewohner wach ist	Der Bewohner gibt an, dass die Mitarbeiter wissen, wann er wach ist: <i>„die wissen ja schon wann ich auf bin“.</i>
reagieren aufs Klingeln	Der Bewohner gibt an, dass die Mitarbeiter auch zu ihm kommen, wenn er klingelt.
begrüßen	Die Mitarbeiter begrüßen den Bewohner mit einem <i>„Guten Morgen!“</i> .
unterhalten sich	<i>„Mitunter unterhalten wir uns mal wegen dem Wetter oder, oder.... Na was eben gerade so ein bisschen anliegt.“</i>
Meinungsverschiedenheit	Eine Bewohnerin gibt an, dass es auch Meinungsverschiedenheiten gibt, aber die Mitarbeiter im Grunde nett sind.
lieb und nett	Eine Bewohnerin gibt an, dass die Mitarbeiter lieb und nett sind: <i>„aber ansonsten sind sie alle lieb und nett. Alle lieb und nett.“</i>
Mitarbeiter drücken Bewohner „füttern“	<i>„Da kommt eben jede Schwester abends mal rein und drückt einen.“</i> Eine Bewohnerin gibt an, dass die Mitarbeiter sie auch „füttern“. <i>„Dadurch, dass ich das Parkinson habe, brauchte ich manchmal auch ein bisschen mehr Kräfte. Mal füttern oder so was, denn das rutscht mir ja alles vom Löffel runter.“</i>
helfen beim Essen	Die Bewohnerin gibt an, dass die Mitarbeiter ihr beim Einnehmen der Mahlzeiten helfen.
Mitarbeiter helfen bei freien Kapazitäten	Die Bewohnerin erläutert, dass die Mitarbeiter ihr beim Einnehmen der Mahlzeiten helfen, wenn genug Personal im Dienst ist.
Bewohner muss warten	Wenn nicht genügend Pflegekräfte im Dienst sind, muss die Bewohnerin warten oder allein essen: <i>„Na dann muss man warten. [...] Das nützt nichts. Aber die machen das schon so.“</i>
bringen das Essen	Eine Bewohnerin beschreibt, dass die Mitarbeiter das Essen bringen <i>„Die bringen mir es Essen hin oder bringen anderen, die sich nicht so bewegen können“.</i>

unterstützen und helfen	Eine Bewohnerin beschreibt, die Mitarbeiter unterstützen die Bewohner beim Einnehmen der Mahlzeiten und bei der Körperpflege.
aktivierende Pflege	Eine Bewohnerin schildert, dass die Mitarbeiter sie aktivieren: <i>„Sonst haben sie auch immer mit angepackt. Bin ich schon selbstständiger geworden.“</i>
Haare waschen	Die Bewohnerin berichtet, dass die Mitarbeiter sie beim Haare waschen unterstützen.
Shampoo reichen	Die Bewohnerin berichtet, dass die Pflegekräfte ihr beim Haare waschen das Shampoo reichen.
anleiten	<i>„Sagen: ‚nimm den Waschlappen‘ oder ‚mach die Augen zu‘“</i>
hören zu	Die Bewohnerin berichtet, dass die Mitarbeiter immer ein <i>„offenes Ohr“</i> haben.
<b>Ergebnisse</b>	<b>Interview-Aussagen</b>
Bewohnerin freut sich	<i>„Na ja, ich freue mich natürlich dass sie sich um mich kümmern.“</i>
<b>Gründe</b>	<b>Interview-Aussagen</b>
keine Zeit zum Diskutieren	Eine Bewohnerin begründet im Zusammenhang damit, dass sie ihr Essen weggibt, dass die Mitarbeiter keine Zeit haben lange darüber zu diskutieren: <i>„Das kostet bloß Zeit und ich esse es ja doch nicht.“</i>
Gleichbehandlung	Eine Bewohnerin berichtet, dass sich die Mitarbeiter ihr gegenüber freundlich verhalten, weil sie zu allen freundlich und nett sind.
Anweisungen	Ein Bewohner begründet das Verhalten der Mitarbeiter mit den Arbeitsanweisungen: <i>„Nu, die haben da Anweisung dazu, ne sonst wären es ja keine Pflegekräfte.“</i>
Unterhaltung nicht mit allen Bewohnern möglich	Der Bewohner begründet das Verhalten der Mitarbeiter, sich mit ihm zu unterhalten damit, dass sie sich nicht mit allen unterhalten können, weil viele Bewohner dement sind: <i>„Na ja, ich würde mal denken mit allen kann man sich nicht so unterhalten, denn manche sind ja verdammt mit dem Geist weit, weit zurück. Ich mein ich will noch nichts sagen, ich bin froh, toi, toi toi. Das man mit dem Geist noch klar ist. Aber das ist so, es sind viele so: ‚Kommen sie mal her, kommen sie mal her‘ und das geht laufend bei der. Furchtbar.“</i>
wenig Personal und Zeit	Die Bewohnerin begründet das Warten auf die Unterstützung beim Einnehmen der Mahlzeiten bzw. doch allein zu essen damit, dass die Mitarbeiter unter Personalmangel leiden und dadurch wenig Zeit haben: <i>„bloß die haben so wenig Schwestern. Zu wenig Zeit. Dadurch, dass ich das Parkinson habe, brauchte ich manchmal auch ein bisschen mehr Kräfte.“</i>
gegenseitige Freundlichkeit	Eine Bewohnerin begründet das freundliche Verhalten der Mitarbeiter damit, dass sie gegenseitig einen freundlichen Umgang pflegen: <i>„Weil man wahrscheinlich auch freundlich zu den Leuten ist. [...] Das ist ja auch ein Dankeschön mit.“</i>



**Bewohnerin stürzt (Nr. 30)**

Eine Bewohnerin beschreibt eine positive Situation im Zusammenhang mit einem Sturz: „Gestern bin ich zum Beispiel geflogen. Aber da war ich selber dran Schuld. Ich wollte ein Taschentuch dort in den Papierkorb draußen tun, das fiel daneben, da habe ich mich runter gebückt und da bin ich da lang geschliddert.“ (8, 108-126).

Die Bewohnerin schildert folgende Verhaltensweisen der Mitarbeiter, Ergebnisse und Gründe für das Verhalten der Mitarbeiter in der Situation:

**Verhaltensweisen****Interview-Aussagen**

zwei Mitarbeiter kommen zur Bewohnerin

„Da kamen gleich zwei Mann.“

untersuchen Bewohnerin auf Verletzungen

„Probiert, ob ich was gebrochen habe.“

bewegen der Armen

„Nun die Arme bewegen.“

bewegen der Beine

„die Beine bewegen, alles bewegen.“

Bewohnerin ins Bett gelegt

„Dann ins Bett geschafft. War ja schon abends.“

**Ergebnisse****Interview-Aussagen**

Bewohnerin nicht verletzt

Die Bewohnerin berichtet, dass sie sich nicht verletzt hat.

**Gründe****Interview-Aussagen**

Folgen abschätzen

Die Bewohnerin gibt als mögliche Gründe an, dass sich die Mitarbeiter gegen später festgestellte Verletzungen absichern müssen.

Verantwortung tragen

„Nun die müssen sich ja auch sicher sein. Das man dann nicht später mal sagt ich habe dort und dort was, so bilde ich mir das ein.“

**Eingebildete Mitarbeiter (Nr. 31)**

Ein Bewohner beschreibt eine negative pflegerische Situation, in der eingebildete junge Mitarbeiter sich vor der Arbeit drücken: „Nun da sind welche dabei, die sind heute nur 20 oder 22 Jahre. Nun ja, die bilden sich noch ein, sie sind was Besseres [...] Na ja, die tun so, als ob das nicht unbedingt sein muss, wenn sie mal was machen müssen.“ (13, 42-54).

Der Bewohner beschreibt folgende Verhaltensweisen der Mitarbeiter in der Situation:

**Verhaltensweisen****Interview-Aussagen**

sich etwas einbilden

„Bilden sich noch ein, sie sind was Besseres.“

sich hochnäsiger verhalten

„Die Nase hoch. Ja, ja. Nicht alle, aber es gibt welche.“

sich vor der Arbeit drücken

„Na ja, die tun so als ob das nicht unbedingt sein muss, wenn sie mal was machen müssen.“

ungelernte Schulabgänger

„Na ja, aus der Schule und nun nichts weiter gelernt oder was.“

unerfahrene Anfänger

*„Na das sind solche jungen Anfänger. [...] Aber, na ja die müssen mir eben auch so ein bisschen mit erziehen.“*

### 8.7.1.3 Von Verhaltensweisen zu Fähigkeiten der Mitarbeiter in den Situationskontexten

Nachfolgend wird in Anlehnung an die Datenanalyse der Erhebungsphase T<sub>1</sub> die Analyse der (Handlungs-)Fähigkeiten der Pflegekräfte anhand der Critical Incidents aufgezeigt. Dabei wird nicht auf alle Critical Incidents Bezug genommen und es werden nicht alle Verhaltensweisen und abgeleiteten Fähigkeiten in den 31 Critical Incident erläutert, sondern hauptsächlich die Verhaltensweisen, anhand derer die stringente Analyse der Fähigkeiten aus den Verhaltensweisen deutlich wird. Die gruppierten Verhaltensweisen und Verhaltenskategorien, die aus den Critical Incidents ermittelt werden, sowie die abgeleiteten (Handlungs-)Fähigkeiten der Pflegemitarbeiter in der Erhebungsphase T<sub>2</sub> werden in Anlage 7 dargestellt.

Im Einzelnen geschieht die Auswertung folgendermaßen: Die Verhaltensweisen aus den Critical Incidents werden gebündelt (gruppiert) und in eine Verhaltenskategorie (Hauptkategorie der Verhaltensweisen) geordnet. Ausgehend von den gebündelten Verhaltensweisen und der Verhaltenskategorie wird ein Handeln abgeleitet, das die gebündelten Verhaltensweisen und die Verhaltenskategorie begrifflich fasst. Das abgeleitete Handeln bildet dann den Ausgangspunkt, um eine Fähigkeit herzuleiten. Für das Ableiten des Handelns und die Herleitung der Fähigkeiten werden die Fachbegriffe einbezogen, die bereits der Analyse der Verhaltensweisen und Fähigkeiten der Erhebungsphase T<sub>1</sub> (vgl. Kapitel 8.5.1.3 und 8.5.2.3) zugrunde gelegt wurden. Die Begriffe werden nicht nochmals definiert, sondern es wird auf die Erläuterungen in den genannten Kapiteln verwiesen.

#### Critical Incident T<sub>2</sub>: Bewohnerin klingelt ständig (Nr. 1)

Im Critical Incident T<sub>2</sub> „Bewohnerin klingelt ständig (Nr. 1)“, beschreibt ein Experte, dass sich die Leitung für die Probleme der Mitarbeiter einsetzt und auch hinter den Mitarbeitern hinsichtlich bewohnerbezogener Entscheidungen und Handlungen steht: *„Und das haben wir auch gesagt, das ist der Schutz der Mitarbeiter, da unterstützen wir die eben auch. Das kann die wirklich sagen und muss keiner Angst haben um die Arbeit, dass sie hier irgendwelche Leistungen nicht bringt oder unfreundlich oder wirklich bloß die Klingel ausdrückt. Also ich denke auch durch die Sicherheit wissen die Mitarbeiter auch, ja die Leitung steht dahinter und wir wissen auch wie es denen geht, oben den Mitarbeitern.“* (15, 34).

An den Verhaltensweisen „Leitung schützt Mitarbeiter“, „Leitung akzeptiert Klingel ausdrücken“, „Leitung unterstützt Mitarbeiter“, wird ein Zusammenarbeiten im Team zwischen Leitung und Mitarbeitern erkennbar. Es wird somit die Verhaltenskategorie „im Team zusammenarbeiten“ entwickelt.

Zur Begriffserläuterung des Handelns Zusammenarbeiten (im Team) wird sich auf den Begriff „Kooperation“ gestützt (vgl. FUCHS ET AL. 1988, S. 427). Auf Grundlage der Verhaltensweisen „Leitung schützt Mitarbeiter“, „Leitung akzeptiert Klingel ausdrücken“, „Leitung unterstützt Mitarbeiter“, die eine Zusammenarbeit der Leitung mit den Mitar-

beiteern kennzeichnet, wird die Team- und Kooperationsfähigkeit hergeleitet. Dabei bezieht sich der Begriffsbestandteil „Team“ insbesondere auf die Zusammenarbeit der Pflegekräfte untereinander und mit der Leitung und die „Kooperation“ auch auf eine Zusammenarbeit mit Ärzten und anderen Berufsgruppen (z. B. der Küche).

Ebenfalls im Kontext des Critical Incidents T<sub>2</sub> „Bewohnerin klingelt ständig (Nr. 1)“ schildert eine Mitarbeiterin, dass sie „energisch wird“, im Umgang mit der wiederholt klingelnden Bewohnerin: *„Also wir haben eine Heimbewohnerin, ich nehme an, das ist schon öfters erwähnt wurden, also die ist sehr nervend, sagen wir es mal so, also sie klingelt im fünf bis zehn Minuten Rhythmus, also gestern Abend bin ich drin gewesen, war lange bei ihr, habe sie bettfertig gemacht, ich war vielleicht wirklich zehn Minuten erst raus, da hat sie wieder geklingelt. [...] Also gestern bin ich etwas energisch ihr gegenüber geworden, aber es hat, es bringt nichts.“* (23, 17/23). Die Verhaltensweise „energisch werden“ lässt auf ein sich wehrendes Verhalten im Zusammenhang mit der Kommunikation schließen. Somit wird die Verhaltensweise „energisch werden“ in die Verhaltenskategorie „sich wehren“ geordnet.

Die Verhaltensweise „energisch werden“ und die Verhaltenskategorie „sich wehren“ kennzeichnen ein sich distanzierendes Handeln, der Mitarbeiter, da sie Abstand von den Äußerungen der Bewohner nehmen und sich kommunikativ wehren. Aus diesem Grund wird die Distanzierungsfähigkeit der Mitarbeiter hergeleitet. Als begriffliche Basis dienen die Begriffe „soziale Distanz“ und „Distanz“ (vgl. FRÖHLICH 2004, S. 130; FUCHS ET AL. 1988, S. 166).

In diesem Critical Incident äußern die Mitarbeiter weiterhin folgende Verhaltensweisen im Umgang mit der klingelnden Bewohnerin, um sie zu überzeugen und zur Einsicht zu bewegen, nicht so häufig oder wegen Kleinigkeiten zu klingeln: „mitteilen“, „auf Klingeln anderer Bewohner hinweisen“, „es ihr immer wieder zu erklären“. Die Mitarbeiter geben an, der Bewohnerin zu erklären, dass noch weitere Bewohner betreut werden müssen und sie sich nicht nur um sie kümmern können: *Wir teilen ihr zwar mit, das noch mehr Heimbewohner da sind um die wir uns genauso zu kümmern haben, nicht immer nur um sie, sagt dann ja, dass sie das weiß aber im nächsten Moment.“* (23, 17). *„Man geht hin hilft ihr, man sagt aber, dass noch andere Heimbewohner sind. Es klingelt ja auch wo anders noch einmal, das hört sie auch“* (14, 21). *„Ich versuche es ihr immer wieder zu erklären. Ordentlich, sachlich, das auch andere Bewohner auch noch versorgt werden müssten.“* (3, 15). *„Man erklärt es Ihr zumindest dann auch und sagt, dass es nicht so geht. Es sind ja noch 29 andere Heimbewohner auf Station, wenn die das alle so machen würden, dann kämmen wir zu nichts. Sie reagiert dann manchmal einsichtig und sagt selber, dass sie das weiß, dass sie immer sehr nervig ist“* (1, 22).

Die Mitarbeiter überzeugen die Bewohnerin durch Gespräche und Erklärungen. Davon ausgehend werden die Verhaltensweisen „mitteilen“, „auf Klingeln anderer Bewohner hinweisen“, „es ihr immer wieder zu erklären“ in die Verhaltenskategorie „überzeugen“ gruppiert, da sie ein überzeugendes Handeln durch Kommunikation beschreiben. Somit wird hier die Fähigkeit zu überzeugen abgeleitet, die eine Form der Kommunikationsfähigkeit darstellt. Das überzeugende Handeln besteht darin, die Bewohnerin durch Kommunikation zur Einsicht zu bewegen, nicht so häufig zu klingeln. Dabei stützt sich die

Begriffsbildung der Fähigkeit zu überzeugen auf den Begriff „Überzeugung“, der eine Veränderung der Einstellungen, Meinungen und Verhaltensweisen einer Person durch (überzeugende) Kommunikation beschreibt (vgl. FUCHS ET AL. 1988, S. 92).

Im Critical Incident T<sub>2</sub> „Bewohnerin klingelt ständig (Nr. 1)“ schildert eine Mitarbeiterin, dass sie die Bewohnerin, die wiederholt klingelt, beruhigt, indem sie mit ihr spricht, ihr mitteilt, dass sie noch mal nach ihr schaut: *„Beruhigend auf sie einreden und dann sagen man kommt dann noch mal wieder man guckt dann noch mal nach ihr, dann ist das eigentlich o. k. für die Bewohnerin.“* (14, 25). Die Verhaltensweisen „beruhigend einreden“ und „noch mal vorbeischaun“ werden in die Verhaltenskategorie „Bewohner beruhigen“ geordnet. Anhand dieser Verhaltensweisen wird die Fähigkeit zu beruhigen abgeleitet. Da es sich dabei um kommunikative Verhaltensweisen „beruhigend einreden“ handelt, wird diese Fähigkeit als eine Form der Kommunikationsfähigkeit betrachtet.

Im Situationskontext „Bewohnerin klingelt ständig (Nr. 1)“ wird von einigen Mitarbeitern hinterfragt und erläutert, warum die Bewohnerin ständig klingelt *„sie will dass gerne jemand um sie ist“*. Die Verhaltensweise „hinterfragt Bewohnerverhalten“, die hier abgeleitet wird, wird der Verhaltenskategorie „(Bewohnerverhalten) hinterfragen“ zugeordnet. Weiterhin wird ermittelt, dass eine Mitarbeiterin im Zusammenhang mit der ständig klingelnden Bewohnerin erläutert, dass „andere Bewohner untergehen“, weil sie so präsent ist. *„Es wird angestrebt bei ihr eine Pflegestufe 3, weil alleine vom Aufwand her ist das so, aber wenn ich die MDK wäre, würde ich ihr keine Pflegestufe drei geben, weil es andere Heimbewohner die wirklich körperlich, die nicht mehr klingeln können, wir haben eine Heimbewohnerin die liegt im Sterben, die geht dann unter, weil sie so präsent ist und immer sich in den Mittelpunkt stellt.“* (23, 17). Hier wird die Verhaltensweise „reflektiert, andere Bewohner gehen unter“ abgeleitet. Die Mitarbeiterin hinterfragt damit die Arbeitssituation und erkennt, dass andere Bewohner möglicherweise vernachlässigt werden. Aus diesem Grund wird die Verhaltensweise „reflektiert, andere Bewohner gehen unter“ in die Verhaltenskategorie „Arbeitssituation überdenken“ gruppiert.

Beide Verhaltensweisen „hinterfragen“ und „überlegen“ kennzeichnen eine Reflexion der Arbeitsorganisation und des Verhaltens der Bewohnerin. Somit wird hier ein reflektierendes Handeln abgeleitet. Das Handeln „Reflektieren“ kennzeichnet ein Überlegen und Nachdenken sowie Überdenken der Situation und des Verhaltens der Bewohnerin. Aus diesem Grund kann anhand der Verhaltensweisen eine Reflexionsfähigkeit hergeleitet werden. Die Begriffe Reflektieren und Reflexionsfähigkeit stützen sich auf die Definition von „Reflexion“ (vgl. FRÖHLICH 2004, S. 373).

Im Zusammenhang mit dem Critical Incident „Bewohnerin klingelt ständig (Nr. 1)“ wird ebenfalls festgestellt, dass die Mitarbeiter das Verhalten der Bewohnerin nicht hinterfragen, sondern eher eine Erklärung suchen, die ihnen, so wie es deutlich wird, am naheliegendsten erscheint: *„Ja also gestern war es dreimal hintereinander, dass die Nachttischlampe nicht funktioniert, beim nächsten Mal die Nachttischlampe und das Telefon und dann die Nachttischlampe, Telefon und Fernseher, nicht so was oder klingelt meinetwegen um uns einfach was Bescheid zu sagen, um uns was mitzuteilen.“* (23, 29). Hier wird die Verhaltensweise „Verhalten nicht genauer hinterfragt“ abgeleitet, die in die Verhaltenskategorie „(Bewohnerverhalten) nicht hinterfragen“ gruppiert wird. Die Mitarbeiterin gibt

zwar an, dass die Bewohnerin möglicherweise klingelt, um dem Personal etwas mitzuteilen, hinterfragt und reflektiert jedoch nicht, welche Ursachen das Verhalten der Bewohnerin haben könnte.<sup>92</sup>

Eine andere Mitarbeiterin hinterfragt die Hintergründe für das Verhalten der Bewohnerin ebenfalls nicht: *„Das ist eigentlich nur vom psychischen her Aufmerksamkeit, ich will jetzt die Schwester für mich alleine haben. Das ist ein ganz bekannter Fall. [...] will bloß mal das Kissen anders gerückt haben und das empfinde ich nicht als sehr angenehm. [...] und dieses Unverständnis, weil es ja eigentlich gar kein richtiger Grund ist, warum Sie sich immer meldet.“* (3, 19/13). Die Mitarbeiterin ist der Meinung, dass die Bewohnerin nur klingelt, um Aufmerksamkeit zu bekommen, aber der eigentliche Grund, warum sich die Bewohnerin allein fühlt, und warum sie Kontakt zum Personal herstellen möchte, wird nicht hinterfragt. Es könnte weiterhin angenommen werden, dass die Mitarbeiter die Betreuung und das Erfüllen kleiner Wünsche, wie ein Kissen rücken oder das Licht auszuschalten, nicht zu ihren Aufgaben zählen.

Außerdem ist in diesem Zusammenhang erkennbar, dass die Bewohnerin, nach Angaben der Mitarbeiter, nicht aus einem richtigen Grund klingelt: *„Weil sie auch zu Zeiten klingelt wo gerade früh auch die Grundpflege richtig drin ist und dieses Unverständnis, weil es ja eigentlich gar kein richtiger Grund ist, warum sie sich immer meldet. Dieses Einfordern für sich, ganz viel Zeit in Anspruch zu nehmen. Das finde ich nicht so sehr angenehm.“* (3, 13). Hier stellt sich die Frage, ob die Bewohner nur klingeln dürfen, wenn ein Notfall vorliegt.

Anhand der Schilderungen können die Verhaltensweisen „reflektieren nicht die Krankheit“, „Verhalten nicht genauer hinterfragt“ und „klingeln nur im Notfall gestattet“ abgeleitet werden, die eine fehlende Reflexion des Verhaltens der Bewohnerin erkennen lassen. Die Verhaltensweisen werden in die Verhaltenskategorie „(Bewohnerverhalten) nicht hinterfragen“ geordnet und es wird ein reflektierendes Handeln abgeleitet, das in diesen Situationszusammenhängen nicht erfolgt. D. h. die Mitarbeiter reflektieren nicht das Verhalten und die Ursache des Klingelns der Bewohnerin, um möglicherweise auf das eigentliche Problem der Bewohnerin anders zu reagieren, die offensichtlich aus Einsamkeit ständig klingelt und über den Verlust ihres Ehemannes sprechen möchte. Folglich kann eine Reflexionsfähigkeit abgeleitet werden, über die die Mitarbeiter in diesem Situationsbezug nicht verfügen.

Im Critical Incident „Bewohnerin klingelt ständig (Nr. 1)“ schildert die Mitarbeiterin, dass die Bewohnerin aufgrund einer Atemnot klingelt. Die Mitarbeiterin „beobachtet“ daraufhin die Bewohnerin, und „bemerkt“, ob sie dafür Anzeichen entdecken kann, um

---

92 Die Bewohnerin klingelt möglicherweise so häufig, weil sie aufgrund ihrer Krankheit und des Todes ihres Ehemannes nicht mehr Leben möchte. Die Informationen zum Tod des Ehemannes basieren auf den Beobachtungen. Aus dem Bewohnerinterview kann entnommen werden, dass die Bewohnerin durch die Parkinsonkrankheit Schwierigkeiten hat, ihre Bewegungen zu koordinieren und dass sie sich allein fühlt: *„Das ist das Schwierige bei dem Parkinson. Und ich habe dann, ich habe auch meine Probleme. Ich kriege nachts, ich weiß auch nicht, da klinge ich laufend. Ich sehe es ja ein, das ist zuviel, aber man ist immer froh, wenn man jemand um sich hat“* (8, 58).

dann weitere Schritte einzuleiten: „*Ich versuche sie dann oder ich beobachte sie dann, man merkt ja schon, ob jemand an der Sprache, ob jemand Atemnot hat. Sie war ganz, ganz ruhig. Und wenn man sie dann was anderes fragt, dass sie auf einmal innehält, durch Beobachtungen auch*“ (3, 15). Die Verhaltensweisen „beobachten“ und „bemerken“ werden in die Verhaltenskategorien „beobachten“ und „bemerken“ gruppiert und kennzeichnen eine Handlung, den Bewohner und seine Reaktionen in der Situation wahrzunehmen. Anhand des wahrnehmenden Verhaltens der Mitarbeiter kann eine Fähigkeit zur Wahrnehmung hergeleitet werden. Im Zusammenhang mit den im Critical Incident T<sub>2</sub> Nr. 1 geschilderten Verhaltensweisen, erfolgt die Wahrnehmung über die Sinnesorgane durch „beobachten“ und „bemerken“. Für die Ableitung der Fähigkeit zur Wahrnehmung wird der Begriff der „interpersonellen Wahrnehmung“ bzw. „sozialen Wahrnehmung“ zugrunde gelegt (vgl. FUCHS ET AL. 1988, S. 849; KALLER 2001, S. 464).

Weiterhin werden im Zusammenhang mit diesem Critical Incident Aussagen der Mitarbeiter ermittelt, dass sie sich in ihrer Arbeit durch die klingelnde Bewohnerin überfordert sehen, da sie ständig zu ihr gehen müssen und dafür zu wenig Personal geplant ist. Sie setzen für die Bewohnerin einen 1-Euro-Jobber ein, der sich um sie kümmert. Die Mitarbeiter betrachten die ständige Betreuung als „Mehraufwand“, der eigentlich eine „Sozialarbeitertätigkeit“ erfordert. In diesem Zusammenhang schildert eine Mitarbeiterin, dass der Betreuungsaufwand, der durch die Pflegekräfte geleistet wird, eigentlich nicht vom MDK durch eine Pflegestufenerhöhung finanziert werden dürfte, da es sich nicht um Pflegetätigkeiten handelt: „*Es wird angestrebt bei ihr eine Pflegestufe drei, weil alleine vom Aufwand her ist das so, aber wenn ich der MDK wäre würde ich ihr keine Pflegestufe drei geben, weil es andere Heimbewohner die wirklich körperlich, die nicht mehr klingeln können, wir haben eine Heimbewohnerin die liegt im Sterben, die geht dann unter, weil sie so präsent ist und immer sich in den Mittelpunkt stellt. Und da hatten wir gestern eigentlich Glück, das wir eine 1-Euro-Kraft hatten, die sich dann um sie ein bisschen mehr gekümmert hat. Aber ich finde, dass es nicht richtig ist. [...] Nein ich würde sogar so, ich weiß nicht ob das jetzt unsozial ist oder so, dass Sie das bezahlen müsste, den Mehraufwand. [...] Weil das eigentlich eine Sozialarbeitertätigkeit ist oder eine Betreuungstätigkeit in dem Sinn.*“ (23, 17-22).

Anhand der Verhaltensweise „1-Euro-Jobber einsetzen“ und der Einstellungen der Mitarbeiter „Betreuung ist Mehraufwand“ und einer „Funktionstrennung von Betreuung und Pflege“ wird erkennbar, dass sich die Mitarbeiter nicht mit den Bewohnern beschäftigen und somit auch keine Beziehung zum Bewohner aufbauen und gestalten wollen. Die genannten Verhaltensweisen und Einstellungen werden somit in die Verhaltenskategorie „sich nicht mit Bewohnern beschäftigen“ gruppiert. Die Mitarbeiter setzen 1-Euro-Jobber für die Betreuung der Bewohner ein und verlassen sich auf die Ergotherapeutin, die die Betreuungsaufgaben übernimmt. Anhand der Verhaltenskategorie und der fehlenden Beziehungsgestaltung durch die Pflegekräfte kann eine Beziehungsfähigkeit der Mitarbeiter hergeleitet werden, über die die Mitarbeiter nicht verfügen. Diese fehlende Beziehungsfähigkeit wurde auch in den Beobachtungen ermittelt und nun durch die Interviews nochmals verstärkt. Sie kennzeichnet ein Handeln, sich nicht mit dem Bewohner zu beschäftigen sowie keine Betreuungsaufgaben zu übernehmen und durchzuführen.

Der Begriffsbildung Beziehungsfähigkeit wird der Begriff „Beziehung“ zugrunde gelegt (vgl. FUCHS ET AL. 1988, S. 112). Die nicht vorhandene Beziehungsfähigkeit bezieht sich im Kontext der Situation auf eine besonders aufwändige Betreuung von Bewohnern, die laut ihrer Pflegestufe diese Leistungen nicht in Anspruch nehmen dürften. Die Mitarbeiterin kritisiert in diesem Zusammenhang auch die Finanzierungspolitik der Leitung, die eine höhere Pflegestufe beantragt, um den Betreuungsaufwand, der dann durch 1-Euro-Jobber abgedeckt wird, zu legitimieren. Weiterhin kann vermutet werden, dass die Mitarbeiter mit dem zusätzlichen Betreuungsaufwand und der vorherrschenden Personal- und Zeitknappheit überlastet sind. Zu dieser Überlastung kommt erschwerend dazu, dass in der Einrichtung das Bezugspflegekonzept nicht kontinuierlich umgesetzt wird und somit die Betreuung der Bewohnerin nicht durch die Bezugspflegekräfte erfolgt, sondern durch die in der jeweiligen Schicht anwesenden Mitarbeiter.

Eine Bewohnerin schildert im Critical Incident T<sub>2</sub> „Bewohnerin klingelt ständig (Nr. 1)“, dass sie aufgrund ihrer Krankheit, ihre Hände nicht mehr unter Kontrolle hat und aus diesem Grund auch nachts öfters klingelt. Sie berichtet, wenn sie nachts klingelt, „kommen die Pflegekräfte“ immer in ihr Zimmer und „sehen nach ihr“. Die Verhaltensweisen „Mitarbeiter sehen nach Bewohner“ und „Mitarbeiter kommen beim Klingeln“ werden unter die Verhaltenskategorie „nachsehen und kontrollieren“ kategorisiert.

Durch das Verhalten „nach der Bewohnerin zu sehen“ wird erkennbar, dass die Mitarbeiter verantwortlich handeln, indem sie auf das Klingeln reagieren und zur Bewohnerin gehen. Die Verhaltensweisen der Verhaltenskategorie „nachsehen und kontrollieren“ deuten auf verantwortliches Handeln und somit kann die Fähigkeit verantwortlich zu handeln abgeleitet werden. Dabei stützt sich die Ableitung der Fähigkeit verantwortlich zu handeln auf den Begriff „Kontrolle“ bzw. „kontrollieren und nachsehen“, womit ein Handeln beschrieben wird, andere Personen zu überwachen, um im Falle einer Abweichung von den Regeln oder Vorstellungen, einzugreifen (vgl. FRÖHLICH 2004, S. 271).

Weiterhin beschreiben Mitarbeiter im Critical Incident „Bewohnerin klingelt ständig (Nr. 1)“, dass sie die Bewohnerin „klingeln lassen“ und „erst später zu ihr gehen“, wenn sie bereits in die Pflege eines anderen Bewohners eingebunden sind: *„Da muss ich sie dann klingeln lassen, also wir gehen schon hinter, also wir gehen nicht beim ersten Mal hin, weil wir wissen ja, das es kein Notfall ist und gehen dann gleich nach fünf Minuten hin und machen die Klingel aus, also wenn wir jetzt gerade über einer Tätigkeit sind“* (23, 27). Die Verhaltensweisen „nach fünf Minuten Klingel ausschalten“, „nach fünf Minuten erst hingehen“, „Bewohnerin klingeln lassen“ und „Tätigkeit zu Ende bringen“ werden als ein durchsetzungsfähiges Handeln verstanden und in die Verhaltenskategorie „sich durchsetzen“ geordnet. Anhand der Verhaltensweisen und des abgeleiteten Handelns „sich durchzusetzen“ wird erkennbar, dass die Mitarbeiter ihre geplanten bzw. gerade durchgeführten Tätigkeiten zunächst erledigen, bevor sie sich der Bewohnerin widmen. Aufgrund des erläuterten Verhaltens und des abgeleiteten Handelns wird die Durchsetzungsfähigkeit der Mitarbeiter hergeleitet.

Als Orientierung für die Begriffsbildung der Durchsetzungsfähigkeit dient der Begriff „Macht“ (vgl. FUCHS ET AL. 1988, S. 439f.) Die Durchsetzungsfähigkeit der Mitarbeiter, wird darin erkennbar, dass sie die Bewohner warten lassen, erst nach fünf Minuten zum

Bewohner gehen und damit auch ihre Machtposition verdeutlichen, sich nicht von der Bewohnerin „schikanieren zu lassen“. Möglicherweise ist das durchsetzungsfähige Verhalten der Mitarbeiter ein Ergebnis einer Überforderung der Mitarbeiter. Sie begründen ihre Verhaltensweisen damit, unter Anbetracht der Personalknappheit nicht anders reagieren zu können.

### **Critical Incident T<sub>2</sub>: Integration eines Bewohners (Nr. 2)**

Im Critical Incident „Integration eines Bewohners (Nr. 2)“ beschreibt ein Experte, dass sie Schwierigkeiten mit der Integration eines geistig-behinderten Bewohners in das Altenpflegeheim hatten, der keine Dementenbetreuung und auch keine Beschäftigung in diesem Bereich benötigt. Der Experte berichtet, dass die Mitarbeiter ihn in das Altenpflegeheim integrierten, indem sie ihm Selbständigkeit ermöglichen, und er seinen Tag selbst gestalten kann: *„Also Herr X zum Beispiel, den haben wir nun langsam integriert, das war ja nun schwierig am Anfang. Weil der braucht erst mal seinen Platz, er wusste überhaupt nicht, er ist ja nun überhaupt nicht pflegebedürftig in dem Sinne, geistig behindert und gehört eigentlich in ein ja Behindertenwohnheim. [...] und den hier zu integrieren, dass er praktisch eine Dementenbetreuung, Gedächtnistraining, so was braucht der nicht, da läuft er davon, das will der nicht. Der will arbeiten, aber auch nicht zu viel. Also der will sich eben auch nicht binden und bis wir das mal begriffen hatten, wo hin, der hat auch ganz viel Unruhe gemacht und jetzt läuft er so mit, hat so seine Leute, im Service ist er immer viel mit dabei im Speiseraum, aber dann haut er auch wieder ab. Ein bisschen im Hof und dann.“* (15, 39-41).

Anhand der geschilderten Verhaltensweisen „haben wir nun langsam integriert“, „Bewohner ein Arbeiten ermöglichen“ und „Bewohner in Service integrieren“ wird ein Handeln erkennbar, den Bewohner in das Tagesgeschehen des Pflegeheims einzugliedern. Folglich werden die Verhaltensweisen in die Verhaltenskategorie „integrieren“ gruppiert und eine Fähigkeit (Bewohner) zu integrieren hergeleitet. Im Unterschied zu den Interviews T<sub>1</sub> erfolgt die Integration nicht vorrangig durch Kommunikation, sondern durch Eingliederung in das Heim, indem der Bewohner arbeiten kann und sich so z. B. in die Arbeit des Service einbringt. Für die Begriffsbestimmung der Fähigkeit zu integrieren wird der Begriff „Integration“ zugrunde gelegt (vgl. FUCHS ET AL. 1988, S. 347).

### **Critical Incident T<sub>2</sub>: Pflege durch Schüler geleistet (Nr. 3)**

Im Critical Incident „Pflege durch Schüler geleistet (Nr. 3)“ berichtet ein Experte, dass die Schüler und Praktikanten einen Singkreis als Beschäftigungsangebot organisierten und mit den Bewohnern durchführten: *„Die haben den Tag sehr gut hingekriegt. Haben einen Singkreis mit den Bewohnern gemacht [...] Haben dort auch eigentlich in einer sehr guten Weise auch ein Beschäftigungsangebot gemacht, was so auch nicht vorgegeben war und nicht unbedingt geplant war.“* (2, 8/13).

Die geschilderten Verhaltensweisen „Singkreis mit den Bewohnern gemacht“ und „Beschäftigungsangebot gemacht“ beschreiben eine Beschäftigung mit den Bewohnern und werden in die Verhaltenskategorie „sich mit Bewohnern beschäftigen“ gruppiert. Das Durchführen eines Spiels und die aktive Beschäftigung mit den Bewohnern, indem die Schüler gemeinsam mit den Bewohnern singen, kennzeichnet ein Handeln, Beziehungen zu gestalten. Die Verhaltensweisen und das hergeleitete Handeln, Beziehungen durch



Beschäftigung mit den Bewohnern zu gestalten, lassen auf eine Beziehungsfähigkeit der Mitarbeiter schließen. Die Begriffsbildung Beziehungsfähigkeit stützt sich dabei auf den Begriff „Beziehung“ (vgl. FUCHS ET AL. 1988, S. 112). Eine Beziehungsfähigkeit kennzeichnet die Beschäftigung mit dem Bewohner, die Übernahme und Durchführung von Betreuungsaufgaben, um die Beziehung zum Bewohner zu gestalten.

In diesem Critical Incident wird weiterhin vom Experten beschrieben, dass die Schüler das Beschäftigungsangebot (den Singkreis) selbständig (ungeplant) organisierten und die weiteren Arbeitsaufgaben selbständig ausübten: *„Haben dort auch eigentlich in einer sehr guten Weise auch ein Beschäftigungsangebot gemacht, was so auch nicht vorgegeben war und nicht unbedingt geplant war. [...] Haben einen Singkreis mit den Bewohnern gemacht und haben sie pflegerisch sehr gut versorgt, ohne extra angeleitet worden zu sein. [...] den gesamten Dienst, selbständig arbeiten bis auf die Behandlungspflegen und ganz bestimmte Tätigkeiten, die bloß von Fachkräften gemacht dürfen.“* (2, 13/8/11).

Die Verhaltensweisen „ungeplantes Beschäftigungsangebot durchführen“, „selbständig organisieren“ werden in die Verhaltenskategorie „organisieren“ geordnet, da sie ein planendes und organisierendes Handeln beschreiben, ein Beschäftigungsangebot zu planen und durchzuführen. Folglich wird hier eine Planungs- und Organisationsfähigkeit begrifflich abgeleitet. Die Schüler und Praktikanten verfügen über die Planungs- und Organisationsfähigkeit, da sie den gesamten Tagesablauf der Bewohner ohne Fachkräfte organisierten und bewältigten und sie eine Beschäftigung ohne Anleitung von Fachpersonal organisierten und durchführten. Die Begriffe „Planen“ und „Organisieren“ werden gewählt, da sie das planende und organisierende Handeln verdeutlichen (vgl. FUCHS ET AL. 1988, S. 574, 548).

#### **Critical Incident T<sub>2</sub>: Unfreundlicher und unsensibler Mitarbeiter (Nr. 4)**

Im Critical Incident „unfreundlicher und unsensibler Mitarbeiter (Nr. 4)“ beschreibt ein Experte, dass eine Pflegekraft die Bewohner rau und unsanft pflegt. Da es sich bei der Situationsbeschreibung um die Mitarbeiterin handelt, die auch als „unfreundlich“ und „hartherzig“ im Umgang mit Bewohnern beschrieben wird, könnte ein Zusammenhang zu den Verhaltensweisen „rau und unsanft pflegen“ hergestellt werden. Die Mitarbeiterin ist möglicherweise aufgrund ihrer Persönlichkeit nicht zu einem einfühlsamen und gefühlvollen Handeln fähig: *„eine Fachkraft haben deren Umgang mit dem Bewohner zu wünschen übrig lässt, die einfach von ihrem Wesen her teilweise unfreundlich ist oder so ein bisschen einen hartherzigen Eindruck macht. [...] Die ist in ihrem Ton gegenüber den Bewohnern zum Teil unfreundlich und in ihrer Art zu pflegen zum Teil, sagen wir mal rau und unsanft.“* (2, 28).

Die Verhaltensweise „rau und unsanft pflegen“ kennzeichnet ein nicht einfühlsames Handeln und wird in die Verhaltenskategorie „nicht einfühlen“ gruppiert. Ausgangspunkt für die Kategoriebezeichnung „nicht einfühlen“ stellt der Begriff „Empathie“ Einfühlung dar (vgl. FUCHS ET AL. 1988, S. 178).

Anhand dieser Verhaltensweise und der Beschreibungen des Experten wird erkennbar, dass sich die Mitarbeiterin bei der Durchführung der Pflege nicht in den Bewohner einfühlt bzw. nicht einfühlsam pflegt, sondern rau und unsanft. Insofern kann hier ein

Handeln abgeleitet werden, sich nicht in den Bewohner und die Pflege einfühlen und hineinversetzen. Vor diesem Hintergrund wird eine Fähigkeit hergeleitet, die als Fähigkeit sich in andere einzufühlen und hineinzuversetzen bezeichnet wird. Da die Mitarbeiterin „rau und unsanft pflegt“, kann abgeleitet werden, dass diese Fähigkeit nicht vorhanden ist. Somit wird geschlussfolgert, dass die Mitarbeiterin über die Fähigkeit, sich in andere einzufühlen und hineinzuversetzen nicht verfügt.

### **Critical Incident T<sub>2</sub>: Bewohnerin freut sich (Nr. 5)**

Im Critical Incident „Bewohnerin freut sich (Nr. 5)“ beschreibt eine Mitarbeiterin, dass sich die Bewohnerin allein schon freut sie zu sehen, wenn die Mitarbeiterin nur das Zimmer betritt und ihr das Frühstück bringt: *„Ich habe ihr nur das Frühstück gebracht und das war schon ausschlaggebend, das da einer rein gekommen ist und mal ein bisschen geredet hat mit ihr“* (1, 9).

Anhand der Verhaltensweisen „ins Zimmer gehen“, „Frühstück bringen“, „bisschen reden“ stellt die Mitarbeiterin Kontakt im Zusammenhang mit einem Gespräch zur Bewohnerin her. Aus diesem Grund werden die Verhaltensweisen in die Verhaltenskategorie „Kontakt herstellen“ kategorisiert. Anhand der beschriebenen Verhaltensweisen und der Kategoriegruppe „Kontakt herstellen“ wird abgeleitet, dass die Mitarbeiter mit den Bewohnern in Interaktion treten. Dabei stützt sich die Begriffsbildung in Interaktion treten auf den Begriff „soziale Interaktion“ (vgl. FRÖHLICH 2004, S. 254; FUCHS ET AL. 1988, S. 352).

Im Zusammenhang mit dem ermittelten Verhalten im Critical Incident T<sub>2</sub> „Bewohnerin freut sich (Nr. 5)“ wird „in Interaktion treten“ als ein Handeln der Mitarbeiterin verstanden, um der Bewohnerin das Frühstück zu bringen und dabei ein Gespräch zu führen und mit ihr in Kontakt zu treten. Demzufolge wird hier die Fähigkeit in Interaktion zu treten abgeleitet, die im Zusammenhang mit der Kommunikationsfähigkeit steht.

### **Critical Incident T<sub>2</sub>: Bewohnerin möchte als Erste ins Bett (Nr. 6)**

Im Critical Incident „Bewohnerin möchte als Erste ins Bett (Nr. 6)“ schildert eine Mitarbeiterin, dass es komplizierte Bewohner gibt, bei deren Betreuung und Pflege sich die „Mitarbeiter untereinander absprechen“, um die Pflege bei diesen Bewohnern zu organisieren: *„Wir haben ja auch unsere Teamsitzungen. Wenn man das nicht sofort lösen muss, manchmal muss man ja sofort eingreifen, dass man das nutzt, dass man auch Absprachen trifft. Es gibt ja, wenn man so sagen kann Bewohner, die leichter zu pflegen sind in Anführungsstrichen, da gibt es ja auch Kompliziertere, das man gerade bei solchen Bewohnern [...] gute Absprachen trifft“* (3, 39).

Die Verhaltensweisen „Teambesprechungen durchführen“ und „Absprachen treffen“ kennzeichnen ein Zusammenarbeiten der Mitarbeiter im Team und werden in die Verhaltenskategorie „zusammenarbeiten“ gruppiert. Anhand der kommunikativen Absprachen in den Teamsitzungen über die Betreuung und Pflege von Bewohnern wird ein kooperatives und zusammenarbeitendes Handeln abgeleitet. Folglich wird unter Verwendung des Begriffes „Kooperation“ (vgl. Critical Incident T<sub>2</sub> Nr. 1) eine Team- und Kooperationsfähigkeit der Mitarbeiter hergeleitet.

**Critical Incident T<sub>2</sub>: Bewohner lehnt Speisen und Getränke ab (Nr. 8)**

Im Critical Incident „Bewohner lehnt Speisen und Getränke ab (Nr. 8)“ berichtet eine Mitarbeiterin, dass sie im Vorfeld der Verabreichung kalorienreicher Nahrung Geschmacksmuster für eine Bewohnerin bestellen. Die Bewohnerin soll demnach die Präparate probieren, bevor die eigentliche Bestellung der Ergänzungsnahrung in Auftrag gegeben wird: *„Wir haben Probepackungen über die Apotheke versorgt, weil das ist ja auch ziemlich kostenintensiv, die müssen sich das ja selber kaufen, weil ja vom Arzt her nichts vorgegeben ist. Das war in dem Fall auch so, da hat es eben nicht geschmeckt und da haben wir es erstmal im Vorfeld uns die Muster da besorgt“* (3, 83).

Die Verhaltensweisen „Probepackungen besorgt“ und „im Vorfeld Muster besorgt“ deuten auf ein vorausschauendes Handeln hin und werden in die Verhaltenskategorie „vorausschauend planen“ kategorisiert. Das vorausschauendes Handeln und die Verhaltensweisen kennzeichnen ein Planen und Organisieren der Versorgung der Bewohnerin mit Nahrungsergänzungspräparaten. Als Fähigkeit, die dieses Handeln ermöglicht, wird eine Planungs- und Organisationsfähigkeit begrifflich hergeleitet, die sich an die Begriffsdefinition der Begriffe „Planen“ und „Organisieren“ anlehnt (vgl. dazu FUCHS ET AL. 1988, S. 574, 548, Critical Incident T<sub>2</sub> Nr. 3).

Weiterhin wird im Critical Incident „Bewohnerin möchte nicht mehr Essen und trinken (Nr. 8)“ eine erfolglose Überzeugung einer Bewohnerin, kalorienreiche Nahrung einzunehmen ermittelt. Die Mitarbeiterin beschreibt folgende Situation: *„wir haben auch eine Bewohnerin die eben sagt, sie selber hat das Leben oft satt, das ist ja auch manchmal ein Resultat, wenn man sagt, ich will nicht mehr essen und trinken, dass man versucht, ihr dann vielleicht kalorienreichere Nahrung anzubieten. [...] Wir haben Sie auch ausprobieren lassen, haben es ihr auch erklärt um was es da geht. Hat aber in dem speziellen Fall nichts gebracht“* (3, 83-85). Die Tochter der Bewohnerin teilt ihr jedoch mit, dass es sich dabei um Nahrungsergänzung handelt, die sie einnehmen soll. Das führt zu einer Verstärkung ihres Willens, nicht mehr zu leben: *„von der Tochter hat sie es mitbekommen, weil die Tochter das wünscht. Sie hat sich dann auch geäußert, meine Tochter soll nicht mit mir solche Experimente machen, sonst kann sie mich gleich auf dem Friedhof besuchen. Das sagt ja eigentlich viel aus. Aber die Tochter kam zu uns vorwurfsvoll an, wir müssten etwas tun“* (3, 87).

Anhand der Verhaltensweisen der Mitarbeiter „Probepackungen besorgt“ und „im Vorfeld Muster besorgt“, „erklären“ und „ausprobieren lassen“ wird erkennbar, dass die Bewohnerin in die Auswahl der Nahrungsergänzung einbezogen wurde und die Mitarbeiter sie davon überzeugen wollten diese einzunehmen. Aber durch das unkooperative Verhalten der Tochter lehnt die Bewohnerin die Nahrungsergänzung ab.

Anhand der Schilderung kann angenommen werden, dass im Zusammenhang mit dem Critical Incident keine Zusammenarbeit der Mitarbeiter mit den Angehörigen stattfand. Demzufolge kann ein Handeln hergeleitet werden, das kennzeichnet nicht mit Angehörigen zusammenzuarbeiten, da im Vorfeld der Maßnahme der Versorgung einer Bewohnerin mit Nahrungsergänzungspräparaten die Zusammenarbeit mit der Angehörigen der Bewohnerin nicht abgestimmt wurde und wohlmöglich auch zu keinem erfolgreichen Ergebnis beitrug. Anhand der Verhaltensweise „mit Angehörigen nicht abgestimmt“ und

der Verhaltenskategorie „mit Angehörigen nicht zusammenarbeiten“ wird hier eine **„Fähigkeit zur Kooperation mit Angehörigen“** hergeleitet, über die die Mitarbeiter nicht verfügen.

Grundlage für die Begriffsbildung Fähigkeit zur Kooperation mit Angehörigen stellt der Begriff „Kooperation“ dar (vgl. FUCHS ET AL. 1988, S. 427). Die im Critical Incident abgeleitete nicht vorhandene Kooperation mit Angehörigen und die daraus hergeleitete Fähigkeit bezieht sich auf die fehlende Zusammenarbeit der Mitarbeiter mit den Angehörigen, die auch im Critical Incident T<sub>2</sub> „Bewohner klingelt ständig (Nr. 1)“ erkennbar wird. Hier beschreibt eine Mitarbeiterin, dass die Angehörigen der Bewohnerin, die ständig klingelt, nicht davon überzeugt sind, dass die Betreuung der Bewohnerin sehr aufwändig ist. Sie beschreibt dass sie von den Angehörigen keine Unterstützung erhalten und hier keine Zusammenarbeit besteht: *„Die Kinder sind eben auch der Meinung wir hätten ja gar nicht so viel Arbeit mit ihr. Also das ist auch so keine Zusammenarbeit und die Heimbewohnerin ist auch, wie soll ich das sagen so non-compliant, also sie arbeitet nicht mit“* (23, 23).

Anhand der Schilderungen wird zunächst deutlich, dass die Angehörigen der Bewohner kein Verständnis für den Pflegeaufwand der Mitarbeiter haben. In diesem Zusammenhang wird weiterhin erkennbar, dass Probleme in der Zusammenarbeit der Mitarbeiter mit den Angehörigen bestehen, die möglicherweise dazu beitragen, dass das Verständnis und die Sichtweise der Angehörigen in der beschriebenen Art ausgeprägt sind. Vor diesem Hintergrund kann somit eine Fähigkeit zur Kooperation mit Angehörigen hergeleitet werden, die den Mitarbeitern fehlt.

#### **Critical Incident T<sub>2</sub>: Verwirrtem Bewohner schmeckt das Essen nicht (Nr. 9)**

Im Critical Incident „Verwirrtem Bewohner schmeckt das Essen nicht (Nr. 9)“ werden die Verhaltensweisen „Rücksprache mit der Ärztin“ und „Zusammenarbeit mit der Küchenleiterin“ ermittelt. In der Situation, in der einem verwirrten Bewohner weder der Milchreis noch die Suppe schmecken, wird mit dem Arzt des Bewohners zusammengearbeitet, um mögliche Folgen des Gewichtsverlustes zu klären: *„Na wir müssen dann dokumentieren, das eben da nichts möglich ist ins Trinkprotokoll bzw. in das Berichtsblatt und tun dann auch Rücksprache mit der Ärztin machen, ich meine wir rufen die, wenn es heute Mittag war nicht an aber wenn die dann wieder kommt. [...] Entweder der Milchreis war zu süß, die Suppe zu salzig, dass die Küche eben weiß, dass man doch eben eine salzarme Kost reicht. Mit der Küchenleiterin ist da eigentlich auch gut zu arbeiten muss ich sagen“* (3, 90-93).

An den Verhaltensweisen „Rücksprache mit der Ärztin“ und „Zusammenarbeit mit der Küchenleiterin“ wird deutlich, dass die Mitarbeiter mit anderen Berufsgruppen zusammenarbeiten. Aus diesem Grund werden die Verhaltensweisen in die Verhaltenskategorie „zusammenarbeiten“ gruppiert und es wird eine Team- und Kooperationsfähigkeit abgeleitet (zur Begriffsbildung vgl. Critical Incident T<sub>2</sub> Nr. 1).

Im Critical Incident „Verwirrtem Bewohner schmeckt das Essen nicht (Nr. 9)“ beschreibt eine Mitarbeiterin, dass sie der Bewohnerin ein „Auswahlessen anbieten“ und auch Gerichte, die der Bewohnerin besonders schmecken: *„heute gab es Milchreis und sie*

*meinte es ist sehr süß oder als Auswahlessen gab es Eintopf der war wieder zu salzig. Sie ist sehr verwirrt die Bewohnerin. Zuletzt war sie der Meinung ich soll es essen. Also wir versuchen schon nicht dass wir jetzt sagen, ja das isst sie nicht, so nach dem Motto „da hat sie Pech“ das machen wir nicht [...] wenn man weiß das oder das schmeckt ihr besonders gut, das man versucht wenn es geht ihr immer anzubieten.“ (3, 88/92).*

Anhand der Verhaltensweisen „Auswahlessen anbieten“ und „Essgewohnheiten berücksichtigen“ sowie der Bewohnerin etwas anzubieten, dass ihr besonders gut schmeckt, wird ein Handeln abgeleitet, die Individualität der Bewohnerin zu beachten. Aus diesem Grund werden die Verhaltensweisen in die Kategoriegruppe „Individualität beachten“ gruppiert. Die Mitarbeiter beachten beim Essenreichen die Wünsche der Bewohner und bieten ihnen Speisen an, die ihnen schmecken. Somit wird auf die Fähigkeit der Mitarbeiter geschlossen, die Individualität (der Bewohner) zu beachten.

Im Critical Incident „verwirrtem Bewohner schmeckt das Essen nicht (Nr. 9)“ beschreibt die Mitarbeiterin eine Situation einer dementen Bewohnerin, die auf Wunsch eine andere Speise erhält, weil ihr das Essen nicht schmeckt. Die andere Speise sagt ihr jedoch auch nicht zu, daraufhin schlägt sie um sich und spuckt. Die Mitarbeiterin schildert, dass sie „nicht gleich aufgibt“, sondern das „Essen stehen lässt“ und versucht der Bewohnerin das Essen „später erneut anzubieten“: *„Ich bin da eigentlich nicht so das man da gleich aufgeben sollte. Das man es vielleicht auch manchmal noch mal stehen lässt, wir haben ja auch die Möglichkeit, Mikrowelle ist ja alles da, dass man es später noch mal probiert.“ (3, 92).*

Die Verhaltensweisen „Essen stehen lassen“ und „später probieren“ deuten auf ein flexibles Handeln und werden in die Verhaltenskategorie „flexibel handeln“ gruppiert. Das flexible Handeln bezieht sich auf ein flexibles Anpassen an den Bewohner und seine Verhaltensweisen. Das wird daran deutlich, dass die Mitarbeiterin angibt, es später zu probieren, der Bewohnerin das Essen zu reichen und dafür die Mikrowelle nutzt, um es aufzuwärmen. Aufgrund der Verhaltensweisen wird auf das Handeln, sich flexibel anzupassen geschlossen und eine Flexibilität und Anpassungsfähigkeit hergeleitet.

Die Begriffsbildung der Flexibilität und Anpassungsfähigkeit stützt sich auf die (sozial)psychologische Bedeutung der Begriffe „Flexibilität“ und „(soziale) Anpassung“ (vgl. FRÖHLICH 2004, S. 185). Im Zusammenhang mit dem Critical Incident bezieht sich die hergeleitete Flexibilität und Anpassungsfähigkeit auf das Verhalten der Mitarbeiterin, nicht gleich aufzugeben und der Bewohnerin das Essen später erneut anzubieten.

Weiterhin schildert die Mitarbeiterin in diesem Critical Incident ihre Verhaltensweisen, sich vor spuckenden Bewohnern zu schützen, da die demente Bewohnerin spuckte und um sich schlug, weil ihr das Essen nicht schmeckte: *„Gerade diese Bewohnerin fängt dann am Ende an zu schlagen oder zu spucken, da kann man nichts machen. [...] Na ja ich versuche erst mal mich ein Stück selber weg zu schützen und mich nicht ansucken zulassen, weil ich meine, das muss glaube ich niemand unbedingt haben, das man in dem Moment das man vielleicht erst mal zur Seite, das man dann mit ihr redet und sie soll doch noch einmal und manchmal klappt es auch“ (3, 88/92).*

Die Verhaltensweisen „vor Anspucken schützen“, „zur Seite gehen“ deuten auf ein „sich schützendes und zurückziehendes“ Verhalten und werden in die Verhaltenskategorie „sich zurückziehen und schützen“ gruppiert. Das Verhalten „zur Seite gehen“ kennzeichnet ein räumliches Distanzieren von der Bewohnerin, um sich nicht ansucken zu lassen. Die Verhaltensweisen werden somit in die Verhaltenskategorie „sich zurückziehen und schützen“ kategorisiert, die ein sich distanzierendes Handeln beschreibt. Vor diesem Hintergrund wird die Distanzierungsfähigkeit der Mitarbeiterin hergeleitet (zur Begriffsbestimmung vgl. Critical Incident T<sub>2</sub> Nr. 1).

### **Critical Incident T<sub>2</sub>: Pflegekräfte organisieren Beschäftigung (Nr. 10)**

Im Critical Incident „Pflegekräfte organisieren Beschäftigung (Nr. 10)“ berichten die Mitarbeiter, dass sie ohne die zuständige Beschäftigungstherapeutin einen Stuhlkreis und eine Gedächtnisaktivierung organisierten und durchführten: *„Zum Beispiel der Sonnabend, da haben wir Stuhlkreis gemacht und da haben wir die paar Männeln im Speiseraum genommen, die noch da waren, die anderen waren zur Beschäftigung oder was weiß ich! Da haben wir halt so über früher geredet und so. Das war schön. [...] Na das die alle wieder mal fünf Minuten irgendwie aktiv waren, in ihrem Gedächtnis halt, das die über früher nachgedacht haben. [...] Ja, wir haben gesungen und wie gesagt über früher erzählt, das war gut. Wir haben die in die Runde gesetzt, haben mit denen gesprochen, wie gesagt Lieder angestimmt, ja einfach aus dem Stehgreif [...]„Weil einfach Zeit hatten, gerade in dem Moment und das genutzt haben.“* (4, 11-19).

Die Verhaltensweisen „Stuhlkreis gemacht“, „Bewohner in die Runde gesetzt“, „über früher erzählt“, „mit Bewohner gesprochen“, „Lieder angestimmt“ und „gesungen“ kennzeichnen eine Beschäftigung mit den Bewohnern und werden in die Verhaltenskategorie „sich mit Bewohnern beschäftigen“ kategorisiert. Die Verhaltensweisen beschreiben, dass die Mitarbeiter durch das Beschäftigen mit den Bewohnern, indem sie Lieder singen, sich unterhalten und zusammen Zeit verbringen, eine Beziehung mit den Bewohnern gestalten. Anhand der Verhaltensweisen kann somit eine Beziehungsfähigkeit der Mitarbeiter hergeleitet werden. Diese Beziehungsfähigkeit kennzeichnet ein Handeln, sich mit dem Bewohner zu beschäftigen, Betreuungsaufgaben zu übernehmen und durchzuführen sowie mit den Bewohnern zu kommunizieren.

Anhand der Verhaltensweisen „über früher erzählt“, „mit Bewohner gesprochen“ wird zudem eine Kommunikation zwischen Mitarbeitern und Bewohnern deutlich und es kann ein kommunikatives Handeln abgeleitet werden. Aus diesem Grund wird hier zudem eine Kommunikationsfähigkeit hergeleitet. Dieser Begriff stützt sich auf eine Definition von Kommunikation als Übertragung von Informationen und emotionalen Gehalten durch Mitteilung Austausch, Interaktion (vgl. FUCHS ET AL. 1988, S. 397f.)

Weiterhin wird an den Verhaltensweisen „über früher erzählt“, „mit Bewohner gesprochen“, „Lieder angestimmt“ „Gedächtnis aktiviert“, „Bewohner zum Nachdenken anregen“ ein aktivierendes Handeln im Sinne einer aktivierenden Beschäftigung und Pflege erkennbar. Dieses Handeln der Pflegekräfte ist auf eine aktivierende Pflege und Selbstpflege der Bewohner im Hinblick auf eine Gedächtnisaktivierung ausgerichtet. Die Verhaltensweisen werden deshalb in die Verhaltenskategorie „Gedächtnis aktivieren“ gruppiert

und es kann eine Fähigkeit, (Fach)Wissen anzuwenden abgeleitet werden, die auf die Fähigkeit bezogen ist, aktivierende Pflege und Selbstpflege zu ermöglichen.

### **Critical Incident T<sub>2</sub>: Bewohner wecken (Nr. 11)**

Im Critical Incident „Bewohner wecken (Nr. 11)“ werden die Verhaltensweisen „halbstündlich nachfragen“, „erneut nachfragen“, „nach einer halben Stunde erneut reingehen“ im Zusammenhang mit Weckversuchen eines Bewohners ermittelt. Die Mitarbeiterin schildert, dass sie Mühe hatte, einen Bewohner zum Aufstehen zu bewegen und häufig nachfragte, ob er aufsteht: *„Ich bin wieder raus gegangen und habe ihn länger gelassen. Nach einer halben Stunde wieder rein und habe noch einmal angefragt. [...] halbstündlich dann nachgefragt.“* (6, 13/19).

Anhand der beschriebenen Verhaltensweisen „halbstündlich nachfragen“, „erneut nachfragen“, „nach einer halben Stunde erneut reingehen“ wird ein durchsetzungsfähiges Verhalten der Mitarbeiterin erkennbar. Die Verhaltensweisen werden in die Verhaltenskategorie „sich durchsetzen“ gruppiert, da sie eine Durchsetzung der Wünsche der Mitarbeiterin, den Bewohner zum Aufstehen zu bewegen, kennzeichnen. Aufgrund des erläuterten Verhaltens und des abgeleiteten Handelns wird die Durchsetzungsfähigkeit der Mitarbeiterin hergeleitet. Die Durchsetzungsfähigkeit der Mitarbeiterin, wird darin erkennbar, dass sie den Bewohner dazu bewegt, aufzustehen. Allerdings scheint sich die Mitarbeiterin nicht in die Wahrnehmungen des Bewohners zu versetzen, der halbstündlich gefragt wird, ob er aufstehen möchte und die Mitarbeiterin letztendlich ihren Willen durchsetzt und den Bewohner zum Aufstehen bewegt.

Die Mitarbeiterin begründet ihr Verhalten einerseits mit einer „Selbstverständlichkeit“, gepflegt mit den Bewohnern umzugehen: *„hätte ich ihn raus zerren sollen aus dem Bett? Den hätte ich gar nicht raus gekriegt. Nein das macht man nicht. So geht man nicht mit Leuten um.“* Andererseits denkt sie sich in den Bewohner hinein und versetzt sich in seine Situation *„Man muss immer denken man liegt selber im Bett und wird so behandelt“* (6, 21).

Anhand der Verhaltensweisen „anfragen“ und „nachfragen“ in diesem Critical Incident, die in die Verhaltenskategorie „fragen“ geordnet werden, wird zudem ein kommunikatives Handeln erkennbar, da die Mitarbeiterin mit dem Bewohner spricht, um ihn zu wecken. Demzufolge wird hier auch eine Kommunikationsfähigkeit hergeleitet.

In einem anderen Ereignis, das dieses Critical Incident beschreibt, schildert eine Mitarbeiterin, dass sie die Bewohner beim Wecken „anspricht“ und ihnen „erklärt“, warum sie geweckt werden: *„Ja meist sind sie ja schon munter und dann sage ich also den Namen und dass ich sie aus dem Bett hole und das wir Kaffeetrinken jetzt gehen“* (14, 10). Hier werden die Verhaltensweisen „erklären“, das sie aus dem Bett geholt werden und mit dem Namen „ansprechen“ ermittelt, die ebenfalls auf eine Kommunikationsfähigkeit der Mitarbeiterin im Umgang mit den Bewohnern schließen lassen.

### **Critical Incident T<sub>2</sub>: Unruhige Bewohner (Nr. 12)**

Im Critical Incident „Unruhige Bewohner (Nr. 12)“ schildern Mitarbeiter ihr Verhalten im Umgang mit unruhigen Bewohnern: *„es gibt Tage da sind die Heimbewohner im Allgemei-*

nen unruhig und da kommt jeder und will was und der und drängelt und quengelt“ (6, 36). Eine Mitarbeiterin beschreibt, dass sie „bis drei zählt“, „zu sich selbst spricht“, „ruhig bleibt“, „still bleibt“ und eine andere Mitarbeiterin schildert ebenfalls, dass sie „sich ruhig verhält“, um die Bewohner nicht noch mehr zu beunruhigen und sich selbst zu beherrschen: *„Ich bleibe still. Man muss ruhig bleiben. [...] Bis drei zählen. Immer schön bis drei zählen. Oder mal rum drehen, mal paar Schritte laufen. Und sich sagen, so jetzt kannst du dich wieder umdrehen und den Heimbewohnern widmen. Man muss sich ruhig verhalten Heimbewohnern gegenüber, wenn ich jetzt Hektik, Stress und laut machen würde, dann würden die noch verzweifelter werden. Oder selbst noch unruhiger.“* (6, 38-42).

Die Verhaltensweisen „bis drei zählen“ und „zu sich selbst sprechen“ werden unter die Verhaltenskategorie „sich beherrschen“ gruppiert und die Verhaltensweisen „ruhig bleiben“, „still bleiben“ in die Verhaltenskategorie „sich ruhig verhalten“. Beide Verhaltenskategorien und die Verhaltensweisen kennzeichnen ein beherrschtes Handeln der Mitarbeiter im Umgang mit den Bewohnern. Aufgrund des beherrschten Handelns der Mitarbeiter wird die Fähigkeit zur Selbstbeherrschung abgeleitet. Die Begriffsfestlegung der Fähigkeit zur Selbstbeherrschung lehnt sich an den psychologischen Begriff der „Ich-Kontrolle“ bzw. „Selbstkontrolle“ an (vgl. FRÖHLICH 2004, S. 271; FUCHS ET AL. 1988, S. 323).

Im Critical Incident „unruhige Bewohner (Nr. 12)“ schildert die Mitarbeiterin, dass sie das unruhige Verhalten der blinden Bewohnerin bemerkt und dann durch Nachfragen einschätzt, dass die Bewohnerin in ihr Zimmer „geschafft“ werden möchte: *„Und ich kann es meistens so ein bisschen einschätzen, wenn sie so ein bisschen unruhig ist und so was, da frage ich sie dann auch, wollen sie in ihr Zimmer? Und da sagt sie dann auch ja und da ist sie auch dankbar, weil sie ins Zimmer geschafft wird.“* (9, 6).

Die Verhaltensweise „einschätzen“ kennzeichnet die Handlung das Bewohnerverhalten einzuschätzen und wird in die Verhaltenskategorie „einschätzen“ kategorisiert. Anhand des Verhaltens der Mitarbeiterin, die Bewohnerin „zu fragen“ und dann „einzuschätzen“, dass sie in ihr Zimmer möchte, wird die Fähigkeit (Bewohner-/Verhalten) einzuschätzen abgeleitet. Hier ist auch eine Verbindung zur Kommunikationsfähigkeit (fragen) erkennbar.

Der Begriff Fähigkeit, (Bewohner-/Verhalten) einzuschätzen, lehnt sich dabei an den Begriff der „Bewertung“ an, die es ermöglicht Personen oder Ereignisse einzuschätzen und zu beurteilen, um mit ihnen angemessen umgehen zu können (vgl. FRÖHLICH 2004, S. 96).

### **Critical Incident T<sub>2</sub>: Bewohner beschimpfen sich gegenseitig (Nr. 13)**

Im Critical Incident „Bewohner beschimpfen sich gegenseitig (Nr. 13)“, beschreibt eine Mitarbeiterin, wie sie sich gegenüber sich streitenden Bewohnern verhält und den Streit schlichtet bzw. zwischen den Bewohnern vermittelt: *„Als erstes greift man ein und fragt warum? Wieso? Weshalb? Tja und dann den richtigen Dreh finden [...] ich kontere oder so oder mal die Heimbewohner bissel auseinander nehmen, dort mal eine Gruppe hinsetzen und dort mal eine, das geht auch besser [...] wenn man sich rumstreitet zum Beispiel am Tisch, wenn einem was nicht gefällt und dann sage ich eben, sie sollen jetzt erst einmal bitte essen und nach dem Essen diskutieren wir das aus. Manchmal klappt es“* (6, 44-48).



Die Verhaltensweisen „eingreifen“, „nachfragen“, warum sich die Bewohner streiten, „kontern“, indem sie „die Bewohner trennt“, „auf das Essen hinweisen“ und vorschlagen, das Problem „später ausdiskutieren“ deuten ein schlichtendes und vermittelndes Handeln der Mitarbeiterin an und werden in der Verhaltenskategorie „vermitteln und schlichten“ zusammengefasst. Das kommunikative Verhalten „nachfragen“, „eingreifen und kontern“ und die Verhaltensweise „Bewohner trennen“ bilden die Grundlage, um eine Vermittlungsfähigkeit der Mitarbeiter herzustellen.

Die Vermittlungsfähigkeit wird in diesem Situationszusammenhang im schlichtenden Gespräch, also im Kontext der Kommunikationsfähigkeit ermittelt, wobei der Begriff der „Vermittlung“ zugrunde gelegt wird, der hier im Sinne von „Mediation“ verwendet wird (vgl. FUCHS ET AL. 1988, S. 649, 404).

### **Critical Incident T<sub>2</sub>: Unzufriedene Bewohner (Nr. 14)**

Im Critical Incident „Unzufriedene Bewohner (Nr. 14)“ wird die Bewohnerin, die ihr Zimmer nicht verlassen möchte, einerseits durch Gespräche und andererseits auch durch das Ermöglichen, ein Bad zu nehmen, motiviert aufzustehen: *„Na ja es ist immer, es gibt immer unzufriedene Bewohner sage ich mal und da haben wir im Moment wieder unsere Frau X [...] Na ja gut manchmal ist auch sag ich mal ist sie etwas leicht zufrieden, wenn sie gebadet wird, sag ich mal so da mag es, aber ansonsten haben wir immer Mühe, dass sie überhaupt aufsteht. [...] manchmal sagen wir auch, Frau X heute muss es mal werden [...] Also Frau X jetzt müssen sie mal wieder eine andere Tapete sehen, komm jetzt, kommen sie mal eben jetzt, stehen sie mal auf und heute gehen wir in die Badewanne, da bade ich sie und dann. Manchmal klappt es, manchmal auch nicht“* (17, 14-16).

Die Verhaltensweisen „mit ihr reden“, heute muss es mal werden, sie „mit einem Bad zu locken“ weisen auf ein motivierendes Handeln der Mitarbeiterin hin. Aus diesem Grund werden die Verhaltensweisen in die Verhaltenskategorie „motivieren“ gruppiert und es kann eine Fähigkeit zu motivieren abgeleitet werden. Sie steht im Zusammenhang mit einem kommunikativen Verhalten der Mitarbeiter, um die Bewohnerin durch Gespräche zu überzeugen und durch ein Bad zu motivieren, ihr Zimmer zu verlassen.

Dabei stützt sich die Ableitung der Fähigkeit zu motivieren auf den Begriff „Motivierung“, der synonym zur „Motivation“ verwendet wird (vgl. FUCHS ET AL. 1988, S. 520; FRÖHLICH 2004, S. 148) Die „Motivation“ besteht im Zusammenhang mit dem Critical Incident darin, die Bewohnerin zielbezogen zu einem Verhalten zu aktivieren, das Zimmer zu verlassen und z. B. ein Bad zu nehmen.

Im Critical Incident „Unzufriedene Bewohner (Nr. 14)“ berichtet die Mitarbeiterin, dass sie mit der Bewohnerin spricht und sie motiviert, ihr Zimmer zu verlassen. Allerdings, wenn die Bewohnerin nicht möchte, wird sie nicht gezwungen und die Mitarbeiter lassen die Bewohnerin im Zimmer essen: *„Na ja, wir reden mit ihr und manchmal sagen wir auch, Frau X heute muss es mal werden, das ist immer so, na ja so ein bis drei Tage, manchmal eine Woche das sie nicht rauskommen will. Also Frau X jetzt müssen sie mal wieder eine andere Tapete sehen [...] Und dann wenn sie nicht will, dann müssen wir es halt lassen [...] es gibt ja bloß, entweder sie macht es und sie kommt oder sie lässt es [...] aber wenn sie nicht will, dann geht es nicht.“* (17, 16-18).

Anhand der Verhaltensweise „müssen wir es lassen“, wenn die Bewohnerin nicht aus dem Zimmer kommen möchte, wird ein Handeln erkennbar, dass darin besteht, den Bewohner nicht zu zwingen. Vor diesem Hintergrund wird hier ein Handeln abgeleitet, die Individualität und die Entscheidung des Bewohners zu respektieren und zu beachten. Die Verhaltensweise wird in die Kategoriegruppe „Individualität beachten“ kategorisiert, da die Bewohnerin nicht gezwungen wird, ihr Zimmer zu verlassen und sie ihr Essen im Zimmer zu sich nimmt. Folglich wird hier eine Fähigkeit (Fach)Wissen anzuwenden hergeleitet, die durch die Fähigkeit, die Individualität der Bewohner zu beachten gekennzeichnet ist.

### **Critical Incident T<sub>2</sub>: Bewohner diktieren Mitarbeiter (Nr. 15)**

Im Critical Incident „Bewohner diktieren Mitarbeiter (Nr. 15)“ beschreibt eine Mitarbeiterin in einem Ereignis, wie eine Bewohnerin das Personal diktiert und wie sie sich im Umgang mit dieser Bewohnerin verhält. Die Mitarbeiterin erläutert, dass sie ihre Meinung durchsetzt und der Bewohnerin mitteilt, sie macht ihre Arbeit, wie sie es für richtig hält – nach Vorschrift: *„Nun, ich sage ihr praktisch, ich mache das, was ich machen muss und gut. Mehr nicht. Große Abstriche kann man nicht machen. Weil wenn andere noch mit dabei sind, die kriegen das mit und fangen dann auch an, was die hat oder will, das wollen die dann auch. Das ist wie mit kleinen Kindern. [...] ich sage es ist nicht gut, ich weiß was ich zu machen habe und ich mache das so weiter, wir haben das immer so gemacht und da können sie jetzt nicht einfach zu mir sagen, ich soll das so und so machen. Ich sage, wir wissen schon was wir machen. Ich denke wir machen es richtig“* (21, 15-19).

Die Verhaltensweisen „Meinung durchsetzen“, die daran erkennbar wird, dass die Mitarbeiterin der Bewohnerin mitteilt, sie macht ihre Arbeit, wie sie es für richtig hält, und „sie macht die Arbeit nach Vorschrift“ deuten auf ein durchsetzungsfähiges Verhalten der Mitarbeiterin und werden in die Verhaltenskategorie „sich durchsetzen“ gruppiert. Somit kann hier eine Durchsetzungsfähigkeit abgeleitet werden.

Im Gegensatz zu den Interviews T<sub>1</sub> wird die Durchsetzungsfähigkeit in diesem Kontext aber eher mit einem Druck oder Zwang in Verbindung gebracht, um die Meinung der Mitarbeiterin durchzusetzen. Demnach könnte diese Handlungsfähigkeit auch als Intoleranz der Mitarbeiterin im Umgang mit dem Bewohner verstanden werden. Dies wird darin deutlich, dass die Mitarbeiterin ablehnt, einem Bewohner weitere Decken zur Verfügung zu stellen auch wenn der Bewohner angibt zu frieren (er besitzt vermutlich ein anderes Kälte- und Wärmeempfinden): *„Ich bin ja fürs Wohl zuständig. Ich kann ja den Heimbewohner, bei der Hitze zum Beispiel jetzt sagen, weil der oder der drei bis vier Decken haben will, schlägt die drei bis vier Decken drauf und der kocht da drunter und er sieht es nicht ein, dass er schwitzt, nein er schwitzt nicht. Das ist eben so eine Sache bei manchen.“* (21, 19).

Die Mitarbeiterin begründet ihr durchsetzungsfähiges Verhalten mit einem „Erziehungsauftrag“: *„Na ja, weil ich eigentlich alle gleich nehme, ich mache keine Ausnahmen, ich kann keine Ausnahmen machen, ich kann nicht bei dem einen so sein und bei dem anderen so. Das geht nicht, ich muss schon eine Linie drin haben, sonst hören die dann irgendwann mal nicht. Das praktisch wie eine Erziehungssache, das ist wie mit Kindern, wenn man da eine Ausnahme macht, dann will der andere das auch haben und versuchen es immer wieder.“* (21, 17). An diesen Aussagen kann das bereits in der Auswertung der

Interviews T<sub>1</sub> beschriebene abwertende stereotype Bewohnerbild die „Verkindlichung“ der Bewohner“ (vgl. 8.6.2.1) festgestellt werden, dass den Bewohner als erziehbare und unmündige Person betrachtet, der den Mitarbeitern die Arbeit erschwert, weil er seine Meinung und Sichtweisen mitteilt.

Weiterhin wird in diesem Zusammenhang ein distanzierendes Handeln erkennbar: Die Mitarbeiterin grenzt sich von der Bewohnerin ab, sie „spricht nicht mehr“ mit der Bewohnerin, sie „ignoriert“ sie und ihre Wünsche, wenn sie von der Bewohnerin angestellt und angewiesen wird: *„Wenn ich nein sage ist sie stur und bockig und dreht sich ab, wendet sich ab, aber nach einer gewissen Zeit, wenn sie merkt ich rede nicht mit ihr, auf gewisse Weise, auf deutsch gesagt, ich ignoriere sie, das kriegt sie ganz schnell mit, dann fängt sie an dann will sie einen streicheln und bist du wieder gut mit mir, ist doch nicht so gemeint und so kommst sie dann“* (21, 19).

Anhand der Verhaltensweisen „redet nicht mit ihr“ und „ignoriert sie“ wird erkennbar, dass die Mitarbeiterin die Bewohnerin beabsichtigt nicht beachtet. Diese Verhaltensweisen werden aus diesem Grund in die Verhaltenskategorie „ignorieren“ gruppiert, da sie ein Verhalten darstellen, dass durch ein beabsichtigtes Nichtbeachten gekennzeichnet ist. Folglich wird hier eine Distanzierungsfähigkeit hergeleitet.

#### **Critical Incident T<sub>2</sub>: Depressive Bewohner (Nr. 16)**

Im Critical Incident „depressive Bewohner (Nr. 16)“ wird ermittelt, dass die Mitarbeiterin sich für die Probleme der Bewohnerin „Zeit nimmt“, ihr „zuhört“ und ihr die Möglichkeit, sich mitzuteilen gibt und sie auch „tröstet“: *„Dass man sich um die Probleme immer kümmert, das sie sich auch mal ausweinen können. [...] Tja, das Beste ist zuhören und mal ein bisschen erzählen lassen von den Kindern und mehr kann dann auch nicht machen. Ich kann sie nur trösten und sagen vielleicht kommen sie am Wochenende“* (6, 62-64).

Anhand der Verhaltensweise „zuhören“ und „erzählen lassen“ sowie „trösten“ wird ein kommunikatives Verhalten im Zusammenhang mit der Verhaltensweise „zuhören“ ermittelt und somit die Fähigkeit zum Zuhören abgeleitet.

Weiterhin wird durch die Verhaltensweisen „erzählen lassen“ und „trösten“ erkennbar, dass sich die Mitarbeiterin in die Situation der Bewohnerin einfühlt, die traurig ist, weil sie von ihren Kindern nicht besucht wird. Die Mitarbeiterin hört ihr zu, versetzt sich in ihre Situation hinein und teilt ihr mit, dass die Kinder sie am Wochenende sicher besuchen werden. Die genannten Verhaltensweisen werden in die Verhaltenskategorie „einfühlen“ gruppiert, da sie ein sich einführendes und hineinversetzendes Handeln beschreiben. Deshalb wird die Fähigkeit sich in andere einzufühlen und hineinzuversetzen hergeleitet (zur Begriffsbildung vgl. auch Critical Incident T<sub>2</sub> Nr. 4).

Anhand der Verhaltensweisen „um die Probleme kümmern“, „Bewohner auch mal ausweinen lassen“ wird ebenfalls ein sorgendes und fürsorgliches Handeln erkennbar. Die Mitarbeiter „kümmern“ sich um die Bewohner, lassen sie erzählen, hören zu und nehmen sich Zeit. Das fürsorgliche Handeln lässt somit auf eine Fähigkeit fürsorglich zu handeln schließen. Diese Fähigkeit steht in Verbindung mit der Fähigkeit sich in andere einzufüh-

len und hineinzusetzen, die gewissermaßen notwendig ist, um sich mit den Problemen der Bewohner auseinanderzusetzen und die Bewohner fürsorglich zu behandeln.

### **Critical Incident T<sub>2</sub>: Bewohner beschweren sich über die Mitarbeiter (Nr. 17)**

Im Critical Incident „Bewohner beschweren sich über Mitarbeiter (Nr. 17)“ berichtet eine Mitarbeiterin eine Situation, in der sich Bewohner bei ihr über die Arbeit der Vorschicht beschweren. Eine Bewohnerin teilt ihr mit, dass sie angeblich keine Schmerztablette bekommen hat. Die Mitarbeiterin erklärt, dass sie in der Dokumentation nachliest, ob die Bewohnerin Schmerzmittel bekommen hat: *„Ja schwierig sind schon manche Situationen, meistens wenn sich dann über die Vorschicht beschwert wird, kann man nicht drauf eingehen, da muss man sagen klären sie das mit der Kollegin selber, ich weiß ja nicht was gelaufen ist. Und ich muss dann schon erstmal, ehe ich überhaupt was dazu sage, beide Seiten hören und da verweise ich die immer an die Kollegin selber, dass sie das mit ihr zu klären hat. [...] Und dann schaue ich nach ob sie wirklich nichts bekommen hat. Wenn aber drinnen steht sie hat Schmerzen geäußert, dann steht unter Garantie drinnen sie hat Schmerzmittel bekommen.“* (10, 26/36).

Die Verhaltensweisen „nicht drauf eingehen“, „beide Seiten hören“, „an Kollegin verweisen“, „nachlesen in Dokumentation“ kennzeichnen eine Auseinandersetzung mit den Beschwerden der Bewohnerin, indem die Mitarbeiterin versucht den Vorwurf „keine Schmerztablette verabreicht zu haben“ zu untersuchen. Sie hört die Bewohnerin und auch die Mitarbeiterin an und liest dazu auch in der Pflegedokumentation nach, ehe sich ein Urteil über die Vorwürfe erlaubt. Insofern kann hier ein Handeln, mit Kritik umzugehen abgeleitet werden. Es weist darauf hin, dass die Mitarbeiterin die Kritik zunächst beurteilt, ehe sie diese annimmt. Aus diesem Grund werden die Verhaltensweisen in die Verhaltenskategorie „Kritik beurteilen“ gruppiert. Das Handeln, mit Kritik umzugehen bildet anhand der geschilderten Verhaltensweisen die Grundlage für die Herleitung der Fähigkeit mit Kritik umzugehen. Der Begriff „Kritik“ stellt die Basis für die Ableitung dieser Fähigkeit dar. (vgl. FUCHS ET AL. 1988, S. 436).

Weiterhin werden im Critical Incident „Bewohner beschweren sich über die Mitarbeiter (Nr. 17)“ im Zusammenhang mit den Beschwerden der Bewohner über die Arbeit der Vorschicht kommunikative Verhaltensweisen ermittelt. Diese beziehen sich auf ein Ablenken der Bewohner von den Vorwürfen und ihrer Unzufriedenheit: *„Muss ich damit umgehen können sage ich manchmal damit, ach heute ist ein neuer Tag und wir fangen ganz neu an und heute scheint die Sonne und da wird es sowieso besser und irgendwie ablenken, weil ich kann nicht darauf eingehen, wenn es jetzt nicht ein krankheitsbezogenes Problem ist, das er Schmerzen hat oder so was, sonst finden die kein Ende, die würden sich nur beschweren. [...] Dann so ein bisschen raus bringen so aus ihrem meckern, bisschen weg bringen davon. [...] Ich lenke sie ab, wenn ich jetzt merke das ist wirklich nichts wichtiges, dann lenke ich sie ab. [...] Na ja ich sage, gerade wenn sie anfängt, na ja hast du dich gestern Abend nicht gekümmert ich hatte Schmerzen? Dann sage ich na ja es war ja Nacht, sie haben geschlafen, sie haben geruht, jetzt sieht es doch viel anders aus und wenn sie heute Abend Schmerzen haben, dann sagen sie es gleich, dann kriegen sie was“* (10, 26-30).

Die Verhaltensweisen „ablenken durch Gespräche“, die „Bewohnerin darauf hinweisen, heute ist ein neuer Tag“ und „Ausreden finden“, indem die Mitarbeiterin der Bewohnerin mitteilt, dass sie doch geschlafen hat, deuten auf ein Ablenken der Bewohnerin vom Gesprächsinhalt durch ein kommunikatives Verhalten der Mitarbeiterin. Sie werden in die Verhaltenskategorie „(Bewohner) ablenken“ gruppiert. Anhand der Verhaltensweisen wird somit die Fähigkeit abzulenken abgeleitet. Wie bereits angedeutet, erfolgt das Handeln, Bewohner abzulenken durch Gespräche und stellt eine Form der Kommunikationsfähigkeit dar.

Die Mitarbeiterin begründet ihr ablenkendes Verhalten indem sie angibt, keine Zeit für vertiefende Gespräche zu haben und damit, dass die anderen Bewohner auch gewaschen werden müssen. Wenn Sie bei jedem Bewohner lange bleibt und sich ihre Beschwerden anhört, schafft sie ihre Arbeit nicht: *„Da stehe ich drei Stunden hinten und rede noch und ringsum klingelt es und jeder will ja früh raus und gewaschen werden und zum Frühstück und wenn ich aber darauf eingehe, dann bin ich drei, vier Stunden im Zimmer, das nimmt kein Ende, weil die immer wieder was finden.“* (10, 32). Sie ist außerdem der Meinung, dass ein Gespräch und einige Streicheleinheiten beim Waschen ausreichen müssen, da sie für sich aus einem weiteren Gespräch keinen Nutzen erzielt und in der nächsten Schicht diejenige ist, die von der Bewohnerin beschuldigt wird. Außerdem geht sie davon aus, dass sich die Bewohnerin durch die Beschwerden über die Pflege am Morgen nur in den Mittelpunkt stellt. Die Mitarbeiterin möchte sich dafür nicht ausnutzen lassen: *„Und ich unterhalte mich ja schon und versuche es ihnen schon so recht wie möglich zu machen, aber ich weiß genau, wenn meine Schicht zu Ende ist bin ich dann diejenige und dann machen sie es bei der nächsten. Und das kann man nicht. Am Ende denke ich manchmal, suchen die einen Anlass um zu reden. Um irgendwie im Mittelpunkt zu stehen und jetzt bin ich mal diejenige, jetzt muss sie mal mit mir reden. Obwohl das Quatsch ist, es kriegt jeder seine Streicheleinheiten, aber die kann man nun eben nicht stundenlang kriegen, das geht nun wirklich nicht.“* (10, 32).

Im Critical Incident „Bewohner beschwerten sich über Mitarbeiter (Nr. 17)“ schildert eine Mitarbeiterin, dass sie die blinde Bewohnerin, die beim Waschen von Aushilfskräften allein gelassen wurde, beruhigt, indem ihr zusichert, auch mit der Wohnbereichsleiterin zu sprechen, dass dieser Vorfall nicht noch mal passiert: *„Und werde es ihr sagen, der Wohnbereichsleiterin sagen, das man so was nicht machen kann und das passiert nicht mehr.“* (9, 13). Die Verhaltensweise „zusichern“, mit der WBL zu sprechen wird in die Verhaltenskategorie „Bewohner beruhigen“ geordnet. Anhand dieser Verhaltensweisen wird die Fähigkeit zu beruhigen abgeleitet (vgl. auch Critical Incident Nr. 1 T<sub>2</sub>).

### **Critical Incident T<sub>2</sub>: Bewohner beleidigen Mitarbeiter (Nr. 18)**

Im Zusammenhang mit dem Critical Incident „Bewohner beleidigen Mitarbeiter (Nr. 18)“ wird von mehreren Mitarbeitern der Umgang mit derselben beleidigenden Person beschrieben: *„Es ist manchmal wo man sich ein bisschen drüber ärgert, wenn ein jemand unberechtigt dumm kommt, haben wir ja auch Bewohner, aber eigentlich ich stecke das weg und sehe das nicht so, ich tue das dem Krankheitsbild oder demjenigen zu und da hat sich das für mich.“* (11, 25). *„Es gibt auch Leute, die manchmal ausrasten, die ganz schön ausrasten sogar und ich muss mir manchmal irgendwelche Sachen anhören“* (9, 25). Ich

*denke na ja, nimmst ihn so wie er ist, der ändert sich sowieso nicht mehr, was will ich mich da ärgern hinter her.*“ (9, 33).

Die Verhaltensweisen „ich stecke das weg“, „Beleidigungen anhören“ und „hinnehmen“ kennzeichnen ein erduldenes Verhalten der Mitarbeiter im Umgang mit beleidigenden Bewohnern. Folglich werden diese Verhaltensweisen in die Verhaltenskategorie „erdulden“ gruppiert, die ein beherrschtes Handeln beschreiben. Aufgrund des beherrschten Handelns der Mitarbeiter kann die Fähigkeit zur Selbstbeherrschung geschlussfolgert werden. Dabei lehnt sich der Begriff Selbstbeherrschung bzw. Beherrschung an den Begriff der „Selbstkontrolle“ an (vgl. Critical Incident T<sub>2</sub> Nr. 12).

Im Zusammenhang mit diesem Critical Incident und den erläuterten Verhaltensweisen der Mitarbeiter wird auch erkennbar, dass die Mitarbeiter resignieren, da sie den Bewohner und sein Verhalten „sowieso nicht mehr ändern können“: *„Na ja ich ärgere mich erstmal einen Moment, aber es ist dann auch wieder, ich denke na ja, nimmst ihn so wie er ist, der ändert sich sowieso nicht mehr.“* (9, 33). Anhand der Verhaltensweise der Mitarbeiterin „sich denken, der ändert sich sowieso nicht mehr“ und „nimmst ihn so wie er ist“, wird deutlich, dass die Mitarbeiter im Umgang mit beleidigenden Bewohnern und aufgrund ihrer Beschimpfungen resignieren. Aus diesem Grund werden z. B. die Verhaltensweisen „die Beleidigungen hinnehmen“ und „sich denken, der ändert sich sowieso nicht mehr“, in die Verhaltenskategorie „resignieren“ gruppiert. Die Verhaltenskategorie „resignieren“ wird im Situationszusammenhang, mit schwierigen und beleidigenden Bewohnern umzugehen als eine Abgrenzung bzw. Distanzierung vom Bewohner verstanden und kennzeichnet somit ein Handeln, sich vom Bewohner zu distanzieren. Aufgrund dieser Ableitungen wird im Kontext dieses Critical Incidents die Distanzierungsfähigkeit hergeleitet (vgl. auch Critical Incident T<sub>2</sub> Nr. 1).

Im Umgang mit beleidigenden Bewohnern werden zudem auch Verhaltensweisen der Mitarbeiter geschildert, wie Bewohner „zurechtweisen“, „kontern“ und Bewohnern die „Meinung sagen“, die auf ein „sich wehrendes“ kommunikatives Verhalten hinwiesen. Die Mitarbeiter geben an, sich Beleidigungen und Beschimpfungen der Bewohner nicht gefallen zu lassen und sich dagegen zu wehren, indem sie sich verbal verteidigen. *„Und da sag ich dann immer wir haben auch nicht jeden Tag gute Laune und müssen auch nett und freundlich sein und ich sag eigentlich erwarten wir das auch von den Bewohnern. Ich sage und man kann nicht mit jedem, da muss man nicht immer gleich so losschießen“* (11, 31). *„Es gibt auch Leute die manchmal ausrasten, die ganz schön ausrasten sogar und ich muss mir manchmal irgendwelche Sachen anhören, dann kontere ich auch schon mal, es kommt darauf an, wer es ist. [...] Es geht bis zu einem gewissen Grad und dann sage ich auch meine Meinung“* (9, 25/27).

Die Verhaltensweisen im Gespräch „zurechtweisen“, „kontern“ und dem Bewohner die „Meinung sagen“ werden als Verhaltensweisen eines sich wehrenden Verhaltens in die Verhaltenskategorie „sich wehren“ geordnet. Dabei kennzeichnen diese Verhaltensweisen ebenfalls ein sich distanzierendes Handeln, da die Mitarbeiter Abstand von den Äußerungen der Bewohner nehmen und sich aber im Gegensatz zum eher unkommunikativen Distanzierungshandeln (durch Resignieren und Ignorieren) kommunikativ wehren und den

Bewohnern ihre Meinung mitteilen. Aus diesem Grund wird hier eine Distanzierungsfähigkeit der Mitarbeiter hergeleitet.

Im Critical Incident „Bewohner beleidigen Mitarbeiter (Nr. 18)“ wird zudem ermittelt, dass die Mitarbeiterin nicht nachtragend auf die Beleidigungen reagiert und diese vergisst: *„Dann kam er und sagt: ‚Ja du weißt doch wie ich bin.‘ ‚Ich sage, das musst dir mal vorher überlegen und nicht gleich los poltern‘. Und das ist nicht das erste Mal. Aber ich bin nicht hinterher dann wieder nachtragend oder so irgendwas“* (9, 26-27). In den Bewohnerinterviews im Critical Incident „Bewohner beleidigen Mitarbeiter (Nr. 18)“ berichtet eine Bewohnerin ebenfalls, dass die Mitarbeiter über die Beschimpfungen der Bewohner „hinweg sehen“, die Bewohner „machen lassen“ und nicht nachtragend reagieren: *„Wissen Sie, die Patienten sind manchmal sehr, sehr böse. Da gehen sie halt so drüber weg und da lassen sie es halt. [...] Die [Bewohner] schimpfen sie und machen se, die gehen so drüber weg. Ich könnte es nicht machen.“* (19, 60/68).

Anhand der Verhaltensweisen „nicht nachtragen“, „drüber wegsehen“, „Bewohner machen lassen“ wird ein nachsichtiges Handeln der Mitarbeiter erkennbar und die Verhaltensweisen werden in die Verhaltenskategorie „nicht nachtragen“ kategorisiert. Demzufolge kann vor dem Hintergrund des nachsichtigen Handelns und der genannten Verhaltensweisen eine Fähigkeit nachsichtig zu handeln abgeleitet werden.

Im Critical Incident „Bewohner beleidigen Mitarbeiter (Nr. 18)“ hinterfragen die Mitarbeiter das Verhalten der beleidigenden Bewohner und suchen nach Erklärungen für ihre Unzufriedenheit und die Beleidigungen: *„Ach er ist so ein Typ, wenn er ein bisschen missgelaunt ist oder er jemanden irgendwie nicht leiden kann, dann handelt er unüberlegt“* (11, 29). Eine andere Mitarbeiterin hinterfragt ebenfalls das Verhalten eines Bewohners und erklärt, dass es mit seiner Funktion in der Vergangenheit zusammenhängt: *„Es geht bis zu einem gewissen Grad und dann sage ich auch meine Meinung. Das braucht er wahrscheinlich auch. Er poltert ja mit vielen immer und er versucht dann was er mal früher war, auszuspielen und ich weiß nicht ob sie wissen was, na ja der hat auch für jemanden gearbeitet zu DDR-Zeiten und das versucht er jetzt irgendwie, er denkt er kann das immer noch machen. Aufpassen und was ich alles machen“* (9, 27).

Die Erläuterungen der Mitarbeiter, dass der Bewohner „unüberlegt handelt, wenn er missgelaunt ist“ und dass er „versucht seine Funktionen zu DDR-Zeit auszuspielen“ und „er denkt er kann immer noch aufpassen“ deuten auf die Verhaltensweisen „Hinterfragen und reflektieren des Bewohnerverhaltens“ und kennzeichnen eine Reflexion bzw. ein reflektierendes Handeln der Mitarbeiter, um die Verhaltensweisen des Bewohners besser zu verstehen und ihr eigenes Handeln daran auszurichten bzw. im Hinblick darauf zu organisieren. Folglich kann hier eine Reflexionsfähigkeit hergeleitet werden (zum Begriff Reflexionsfähigkeit vgl. auch Critical Incident T<sub>2</sub> Nr. 1).

### **Critical Incident T<sub>2</sub>: Körperpflege (Nr. 19)**

In den Ereignissen des Critical Incidents „Körperpflege (Nr. 19)“ beschreibt eine Mitarbeiterin ihre Verhaltensweisen, um das Vertrauen einer dementen Bewohnerin zu erlangen, die sich nur von vertrauten Mitarbeitern duschen lässt. Die Mitarbeiterin beschreibt, dass sie der dementen Bewohnerin eine neue Kollegin vorstellt, die ihr Vertrauen erlangen soll,

um sie bei der Körperpflege zu unterstützen: *„da gehe ich zusammen mit ihr hin und werde mit ihr reden und vorher sage ich der Kollegin natürlich, dass sie halt ein bisschen mit ihr reden soll, bisschen was Privates erzählen soll [...] Es ist eine Heimbewohnerin, die will halt immer so ein bisschen was privates wissen und so weiter und wenn man da mal ein bisschen was redet und erzählt, denn dann baut schon so eine gewisse Beziehung auf.“* (17, 58).

Die Verhaltensweisen „neue Kollegin vorstellen“, „langsam Vertrauen gewinnen“, „private Dinge erzählen“ und „von sich erzählen“ werden in die Verhaltenskategorie „Vertrauen gewinnen“ gruppiert und stellen ein Handeln dar, Vertrauen zum Bewohner herzustellen. Ausgehend vom Begriff Vertrauen und dem Handeln, Vertrauen herzustellen kann eine Fähigkeit Vertrauen herzustellen abgeleitet werden, die im Zusammenhang mit der Kommunikationsfähigkeit steht.

Im Critical Incident „Körperpflege (Nr. 19)“ lässt sich eine Bewohnerin nur von den Bezugspflegekräften duschen, demzufolge wird von den Mitarbeitern der Dienstplan auf das Duschen der Bewohnerin ausgerichtet und die Bewohnerin erst am Abend vom Nachdienst geduscht: *„Also sie lässt sich halt nicht von ihr duschen und das passt ihr eben nicht wenn sie Spätdienst hat und da wird dann eben gewartet, bis der Nachtdienst kommt und der ins Konzept passt und von ihr wird sie dann geduscht. Dann wird das halt so eingerichtet. Einer ist dann immer irgendwie dabei.“* (17, 58). Weiterhin schildert eine Mitarbeiterin, dass sie die Bewohner wäscht, dabei mit ihnen spricht, sie zum Frühstücksraum begleitet und dann zum nächsten Bewohner geht: *„wenn man sie fertig hat, schafft man sie zum Frühstück und geht zu den nächsten Bewohnern. Dasselbe von vorne wieder.“* (10, 12).

Anhand der Verhaltensweisen „Dienstplan ausrichten“, „Bewohner vom Nachtdienst geduscht“ wird zunächst ein planendes und organisierendes Handeln sowie auch eine gewisse Arbeitsroutine erkennbar. Auf dieser Grundlage kann eine Planungs- und Organisationsfähigkeit hergeleitet werden.

Weiterhin wird im Zusammenhang mit den Ereignissen des Critical Incidents T<sub>2</sub> Nr. 19 ein kommunikatives Handeln und ein Wahrnehmen der Bewohner erkennbar: *„Na ja das kommt drauf an zu welchem Bewohner man geht und da fängt man mit waschen an. Es merkt man ob die Bewohner ein Gespräch führen wollen oder nicht, dann stellt man sich drauf ein [...] die meisten fragen wie ist denn das Wetter heute draußen, da hat man da einen Punkt und manche die noch ziemlich klar sind, sage ich mal und die fragen: ‚Hatten sie frei?‘ ‚Hatten sie was unternommen?‘, fragen manche und da unterhält man sich darüber oder ich frage: ‚Waren ihre Kinder da?‘ oder so in der Richtung. Oder wenn Geburtstag war: ‚Waren sie mit zur Feier unten?‘ oder irgend so was, das ist unterschiedlich. Also nicht bei jedem Bewohner das gleiche Gespräch, das merkt man, über was die sich unterhalten wollen. Und manche Leute wollen auch gar nicht reden, das muss man dann halt auch akzeptieren, da tue ich dann meistens meine Handgriffe begleiten: ‚ich wasche jetzt den Oberkörper oder ich trockne sie jetzt ab‘, dann beschränkt sich das darauf“* (10, 12/14).



Die Verhaltensweisen „merken“ und „bemerken“, ob der Bewohner ein Gespräch führen möchte, deuten auf eine Wahrnehmung des Bewohners und werden in die Verhaltenskategorie „bemerken“ gruppiert. Hier kann eine Fähigkeit zur Wahrnehmung hergeleitet werden. Die Wahrnehmung anderer Personen kennzeichnet die Aufnahme und Interpretation von Informationen über ihre Zustände und Verhaltensweisen, die über die Sinnesorgane sowie durch Interaktion und Kommunikation erfolgt (vgl. KALLER 2001, S. 464; FUCHS ET AL. 1988, S. 849). Im Zusammenhang mit diesem Critical Incident nimmt die Mitarbeiterin die Gesprächsbereitschaft des Bewohners wahr und kommuniziert mit ihm.

Ein kommunikatives Verhalten kann anhand der Verhaltensweisen „Gespräch führen“ und „sich unterhalten“, „fragen“ abgeleitet werden. Die Verhaltensweisen werden in die Verhaltenskategorie „fragen“ und „kommunizieren“ gruppiert und es wird eine Kommunikationsfähigkeit der Mitarbeiter hergeleitet.

Im Critical Incident „Körperpflege (Nr. 19)“ wird weiterhin erkennbar, dass die Mitarbeiter ihre Handlungen zum Waschen des Bewohners ansagen und den Bewohner anleiten: *„'Guten Morgen! und wir wollen jetzt waschen, sie machen mit, wir fangen mit dem Kopf an, mit dem Gesicht an, ich trockne sie jetzt ab', [...] da tue ich dann meistens meine Handgriffe begleiten: ,ich wasche jetzt den Oberkörper' oder ,ich trockne sie jetzt ab'“* (10, 18/14).

Die Verhaltensweisen „Handlungen ansagen“, „Handgriffe begleiten“ können in die Verhaltenskategorie „Mobilisation anleiten“ kategorisiert werden, da sie anleitende Handlungen darstellen, um die Bewohner zu mobilisieren. Die Anleitung zur Mobilisation erfolgt dabei durch Kommunikation. Anhand der geschilderten Verhaltensweisen und der Verhaltenskategorie wird eine Fähigkeit, (Fach)Wissen anzuwenden abgeleitet, die sich auf die Fähigkeit, Bewohner zur Mobilisation anzuleiten bezieht.

Eine Mitarbeiterin begründet ihr Verhalten des Anleitens der Mobilisation bei der Körperpflege damit, dass sie Verwirrung bei dementen Bewohnern vermeiden kann, wenn sie ihre Handlungen ansagt. Weiterhin wird deutlich, dass die Anleitung zur Mobilisation einen Bestandteil ihres Pflegeverständnisses zum Umgang mit den Bewohnern darstellt: *„Na ja wenn jetzt zum Beispiel welche im Bett liegen und überhaupt nicht mehr rauskommen und zeitweise auch verwirrt sind, ich kann sie jetzt einfach nicht losmachen und die wissen früh gar nicht was geht jetzt los, was macht den der mit mir? Oder was macht denn die mit mir, [...] also das finde ich schon, dass ich das sagen muss und bei welchen die sich über was anderes unterhalten müssen, muss ich das nicht machen, die legen dann auch gar keinen Wert drauf, das ich sage, jetzt wasche ich ihnen den Arm oder so. Die wollen dann lieber was anderes sich unterhalten“* (10, 18).

### **Critical Incident T<sub>2</sub>: Mitarbeiter deckt Krankheit bei Bewohner auf (Nr. 20)**

Im Critical Incident „Mitarbeiter deckt Krankheit beim Bewohner auf (Nr. 20)“ schildert die Mitarbeiterin, wie sie durch einfühlsames Nachfragen erfährt, dass die Bewohnerin an einer Blaseninfektion leidet: *„habe ich sie manchmal gefragt, immer so ein bisschen hintenrum gefragt [...] Brocken für Brocken von ihr raus gekriegt, was so in ihr steckt oder was wo der Schuh drückt. Und was sie für Schmerzen hat und das sind eigentlich solche Sachen, wenn die Leute sich nicht wollen offenbaren, weil sie Hemmungen haben und wenn*

*das so Stück für Stück das ein bisschen mit hintenrum und man von sich vielleicht noch erzählt, das man erfährt was den Leuten weh tut oder wo es eben was ist.“ „dass man zu den Leuten den Zugang findet nach kurzer Zeit. [...] Die Frau ist immer schon zwischen- durch gelaufen, aber die fühlte sich eben nicht gut und im Bett liegen und mir ist immer so schwindelig und dies und jenes, den Arzt gerufen, na ja sie hat aber nie richtig gesagt was Fakt war. Statt zu sagen sie muss eben viel pullern und es brennt unten und dies und jenes, hat sie gar nichts gesagt.“ (16, 8/17).*

Anhand der Verhaltensweisen der Mitarbeiterin „hintenrum fragen“, „Zugang finden“ und „von sich erzählen“ wird erkennbar, dass sie sich in die Bewohnerin hineinversetzt, um herauszufinden, wie es ihr geht und wo sie Schmerzen hat. Die Verhaltensweisen werden in die Verhaltenskategorie „sich (in Bewohner) hineinversetzen“ gruppiert, die ein einführendes Handeln beschreiben. Das „Hineinversetzen“ und damit einfühlsame Verhalten der Mitarbeiterin wird darin erkennbar, dass sie die möglichen Schmerzen nachvollziehen kann „ich weiß wie unangenehm das ist“ und „fühle ein bisschen mit“ und sich dabei in den Bewohner einfühlt, der auch Schmerzen empfinden könnte: *„und weiß wie unangenehm das ist, dann denkt man ach [...] jetzt hat die einen wunden Po das tut brennen, man weiß ja wie es selber so ist, ich fühle eben immer ein bisschen selber mit.“* (16, 27). Somit wird die Fähigkeit sich in andere einzufühlen und hineinzuversetzen hergeleitet (zur Begriffsbildung vgl. auch Critical Incident T<sub>2</sub> Nr. 4).

Im Critical Incident „Mitarbeiter deckt Krankheit beim Bewohner auf (Nr. 20)“ schildert die Mitarbeiterin, dass sie bei einer Bewohnerin, die offensichtlich Probleme mit der Blase hatte, den Mitarbeitern davon jedoch nichts berichtete, ihre Vermutungen einer Krankheit durch „Anhören von Geräuschen“ bestätigte: *„Ich habe sie dann immer ein bisschen gefragt, wenn ich sie hin gesetzt, auf den Nachtstuhl gesetzt habe und gefragt und beiseite gegangen, ich gehe meistens bei Seite, lass die Leute erst mal alleine dort ihr Geschäftel machen, das ist für die Leute angenehmer und wir hören uns aber draußen die Geräusche mit an und da hörte ich bloß immer das es sehr, sehr lange dauerte ehe da drei Tropfen kamen und da habe ich sie manchmal gefragt, immer so ein bisschen hintenrum gefragt, das ist schon. Die ältere Generation oder überhaupt man muss auch einen gewissen Intimbereich ein bisschen wahren und auch ein bisschen so von hinten rum fragen“* (16, 19).

Die Verhaltensweisen „Geräusche anhören“ und „hören“, „dass es sehr lange dauerte ehe da drei Tropfen kamen“ werden in die Verhaltenskategorie „hören“ gruppiert und kennzeichnen eine Handlung, den Bewohner und seine Reaktionen in der Situation wahrzunehmen. Anhand des wahrnehmenden Verhaltens der Mitarbeiter kann eine Fähigkeit zur Wahrnehmung hergeleitet werden.

Weiterhin deutet die Mitarbeiterin an, dass die Intimsphäre der Bewohnerin berücksichtigt, indem sie sie allein lässt, während diese den Nachtstuhl benutzt. Anhand der Verhaltensweisen „beiseite gegangen“, „lass die Leute erst mal alleine“ wird auf ein Handeln geschlossen, die Intimsphäre der Bewohner zu beachten. Da es auf ein pflegerisches Handeln bezogen wird, das in den Bereich Fachwissen anzuwenden geordnet wird, erfolgt in diesem Zusammenhang die Herleitung einer Fähigkeit, die Intimsphäre der Bewohner zu beachten.

Im Critical Incident „Mitarbeiter deckt Krankheit bei Bewohner auf (Nr. 20)“ erläutert die Mitarbeiterin weiterhin, dass sie auf Hautveränderungen achtet, um z. B. „Flecken zu erkennen“ und daraus mögliche Krankheiten des Bewohners abzuleiten. *„Ja, wenn ich sage, Beispiel, dort ist irgendwo ein recht komischer roter Fleck in der Haut, dann schon mal mit überlegen, was könnte das sein, ist das jetzt tiefer oder ist das bloß gestoßen oder irgendwie so etwas, das könnte ja auch eine Thrombose oder richtig was draus werden, das man schon immer so im Hinterkopf mit hat, „was könnte auf uns denn zu kommen?“, „was haben wir dann für pflegerische Maßnahmen zu machen?“ (16, 23).*

Die geschilderte Verhaltensweisen „Flecken erkennen“ und „überlegen“, was diese für Auswirkungen nach sich ziehen und „im Hinterkopf haben“, welche Maßnahmen durchzuführen sind, deuten einerseits auf die Anwendung medizinischen und pflegerischen Wissens und werden somit der Verhaltenskategorie medizinisches und pflegerisches Wissen anwenden zugeordnet. Andererseits lassen sie auch ein Wahrnehmen, Hinterfragen und Reflektieren der Hautveränderungen erkennen, deshalb wird hier eine Fähigkeit, medizinisches und pflegerisches Wissen anzuwenden hergeleitet sowie eine Fähigkeit zur Wahrnehmung und eine Reflexionsfähigkeit.

Die Gründe für ihr Verhalten sieht die Mitarbeiterin in der Anwendung von Erfahrungswissen aus einer 15-jährigen Berufserfahrung und auch durch erworbenes Wissen in Lehrgängen und Weiterbildungen. Weiterhin gibt die Mitarbeiterin an, dass für das diagnostisch-vorausschauende Handeln auch die Einschätzung von möglichen entstehenden Kosten für den Bewohner ausschlaggebend ist: *„aber es sind auch bestimmt Kosten die auch manchmal eben, die wir auch ein bisschen voraus sehen oder ein bisschen, kann das nicht sagen, aber ein bisschen könnte man da ein bisschen mit voraussehen. Oh das werden wieder ganz schöne Kosten werden“ (16, 21).*

### **Critical Incident T<sub>2</sub>: Bewohner aktivieren und mobilisieren (Nr. 21)**

Im Critical Incident „Bewohner aktivieren und mobilisieren (Nr. 21)“ schildern Mitarbeiter, dass sie z. B. einen bettlägerigen Bewohner soweit „mobilisierten“, dass dieser am Tisch im Aufenthaltsraum sitzen kann. Die Mitarbeiter mobilisieren und aktivieren Bewohner, sich zu bewegen und zu laufen: *„das sie eben noch ein bisschen was noch mit machen oder mal stehen oder mal drei Schritte gehen, bis an die Toilette“ (16, 11).* Im Critical Incident „Bewohner aktivieren und mobilisieren (Nr. 21)“ berichtet eine andere Mitarbeiterin, dass sie die Bewohner mobilisiert, ihre „Füße aufzustellen“, „sich selbst zu kämmen“ und dass sie die Bewohner auch über die möglichen Folgen ihrer passiven Haltung aufklärt: *„Ich sage eben einfach je nachdem was die Situation sich so gibt, sage ich eben klipp und klar sie müssen die Füße aufstellen sonst schlafen die Muskeln im Wadenbereich ein oder sie müssen das mal mit festhalten oder versuchen sie sich mal zu kämmen, sonst geht dann gar nichts mehr, dann bleiben sie eines Tages liegen wo sie liegen, wenn man nicht was mit tut“ (16, 11).*

Anhand der Verhaltensweisen „zum Laufen mobilisieren“, „drei Schritte zur Toilette gehen“, „mögliche Folgen erklären“, anleiten „festzuhalten“ und „sich zu kämmen“ werden Handlungen abgeleitet, um Bewohner zu mobilisieren und eine Mobilisation anzuleiten sowie eine aktivierende Pflege und Selbstpflege anzuwenden. Anhand dieser Verhaltensweisen werden Fähigkeiten (Fach)Wissen anzuwenden abgeleitet, die sich auf

die Fähigkeit, Bewohner zu mobilisieren, die Fähigkeit, Bewohner zur Mobilisation anzuleiten sowie die Fähigkeit, aktivierende Pflege und Selbstpflege zu ermöglichen beziehen.

Eine andere Mitarbeiterin erklärt im Critical Incident T<sub>2</sub> (Nr. 21) einer Bewohnerin, die zum Laufen am Gehbänkchen motiviert und aktiviert wurde, welche Vorteile es bringt, sich allein und mit diesem Hilfsmittel zu bewegen. Sie konnte die Bewohnerin dadurch motivieren, dies auch zu nutzen: *„Nun man muss ihr sagen was es für Vorzüge hat. Und das es für sie leichter ist und das es für uns aber auch leichter ist. Und das hat sie eingesehen. Und ihren Verwandten wollte sie es dann auch zeigen dann. Die haben sich dann auch gefreut. Nein das hat gut geklappt“* (6, 28).

Die Verhaltensweise „Vorzüge erklären“, dass das Laufen mit Gehbänkchen leichter fällt, deuten auf ein kommunikatives Motivieren der Bewohnerin. Aus diesem Grund wird die Verhaltensweise in die Verhaltenskategorie „motivieren“ gruppiert und es kann eine Fähigkeit zu motivieren abgeleitet werden. Sie steht im Zusammenhang mit einem kommunikativen Verhalten der Mitarbeiterin, die Bewohnerin im Gespräch zu überzeugen und ihr die Vorteile aufzuzeigen, die das Laufen mit Gehbänkchen hat (zur Begriffsbildung Fähigkeit zu motivieren vgl. auch Critical Incident T<sub>2</sub> Nr. 14).

Als Gründe für ihr motivierendes Verhalten gibt die Mitarbeiterin an, dass sie die Potentiale und Persönlichkeit der Bewohnerin einschätzte und aufgrund dessen überzeugt war, dass die Motivation, am Gehbänkchen selbständig zu laufen, Erfolg haben wird: *„Weil ich gemerkt habe, dass es eigentlich bei ihr noch sehr gut ankommt und dass sie auch ehrgeizig ist, muss ich sagen. Man hätte es mit jemand anderen natürlich auch probiert, aber bei ihr hat man gemerkt, dass sie ehrgeizig ist und sehr aufnahmefähig auch noch“* (6, 30).

Im Critical Incident „Bewohner aktivieren und mobilisieren (Nr. 21)“ beschreibt eine Mitarbeiterin, dass sie offensichtlich wenig mit (bettlägerigen) Bewohnern kommunizieren und scheinbar nur kommunizieren, wenn sie die Pflegetätigkeiten am Bewohner durchführen: *„den haben wir jetzt wieder ein bisschen mobilisiert und sich auch im Zimmer nicht so sehr viel von sich gegeben hat und vielleicht ein bisschen wenig Kommunikation hatte, dadurch dass er alleine im Zimmer war [...] ich meine, na klar spricht man mit den Leuten, wenn man ins Zimmer geht und so oder wenn man was macht aber man ist ja nun nicht ständig drinnen, das geht ja nicht. Man hat ja die anderen Leute auch zu versorgen“* (22, 8-10).

Im Critical Incident „Verbesserter Gesundheitszustand eines Bewohners (Nr. 25)“ gibt eine Mitarbeiterin an, viel mit den Bewohnern zu kommunizieren, aber nur während der Pflegetätigkeiten im Zimmer: *„Ja wir reden mit ihm viel und wenn wir halt rein kommen begrüßen wir ihn, „Guten Morgen!“ und dann lächelt er uns, das hat er eben auch nicht gemacht“* (17, 9). An den Aussagen wird erkennbar, dass ein Bewohner, wenn er bettlägerig ist und im Einzelzimmer wohnt, wenig Kommunikation hat. Die Mitarbeiter sprechen mit ihm, wenn sie im Zimmer sind und ihn pflegen und versorgen, aber sobald sie das Zimmer verlassen, findet keine Kommunikation mehr statt.

Die Verhaltensweisen „wenig mit dem bettlägerigen Bewohner kommunizieren“, weil er allein im Zimmer lag, „während der Pflege mit Bewohnern sprechen“, „viel reden, wenn wir ins Zimmer kommen“ deuten auf eine Kommunikation, die nur während der Pflegemaßnahmen stattfindet. Anhand der Verhaltensweisen kann ein eingeschränktes kommunikatives Handeln abgeleitet werden, das in diesem Critical Incident durch eine Kommunikation nur während der Pflegemaßnahmen charakterisiert ist. Insofern kann hier eine eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit hergeleitet werden.

Eine Ursache für die eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit kann durch das erläuterte Critical Incident belegt werden: Den Mitarbeitern fehlen möglicherweise Fähigkeiten zum Umgang mit dementen Menschen, um mit ihnen eine Beziehungs- und Alltagsgestaltung einzugehen, mit ihnen zu kommunizieren und sie zu aktivieren.

### **Critical Incident T<sub>2</sub>: Dementer Bewohner bastelt an elektrischen Geräten (Nr. 22)**

Im Critical Incident „dementer Bewohner bastelt an elektrischen Geräten (Nr. 22)“ beschreibt eine Mitarbeiterin eine Situation, in der ein dementer Bewohner am Lichtschalter herumbastelt oder sich mit der Fernbedienung im Bett hochfährt (16, 30-36). Die Mitarbeiterin berichtet, dass sie nach dementen Bewohnern „schauen muss“, *„ein Auge auf sie haben muss“*, ob diese mit der Fernbedienung oder am Lichtschalter *„keine Dummheiten“* anstellen: *„du möchtest dann auch dein Auge drauf haben, das sie nicht gar zu viel Dummheiten machen. Also Dummheiten, das ist auch nicht wieder das richtige Wort für einen Erwachsenen von der Sache her, aber es ist ja immer alles mit Gefahren verbunden und dann wird untersucht, wem, wie konnte das passieren“* (16, 32).

Durch das Verhalten „ein Auge auf den Bewohner haben“ und nach dem dementen Bewohner „zu schauen“, ob er sich nicht gefährdet, wird erkennbar, dass die Mitarbeiterin verantwortlich handelt. Die Verhaltensweisen werden in die Verhaltenskategorie „nachsehen und kontrollieren“ gruppiert und deuten somit auf verantwortliches Handeln. Vor diesem Hintergrund kann die Fähigkeit verantwortlich zu handeln abgeleitet werden (zur Begriffsbildung vgl. Critical Incident T<sub>2</sub> Nr. 1).

Die Mitarbeiterin begründet ihr Verhalten mit der Verantwortung, die sie für den dementen Bewohner trägt, und auch mit einem vorausschauenden Handeln, um Gefahren zu vermeiden: *„denn wir müssen es ja dann auch irgendwie verantworten können, wenn er Abend am Lichtschalter oder irgendwas rum spielt und dort was raus reißt. [...] Ja es ist ja immer mit Gefahren verbunden, entweder der fährt mit seinem Bett bis hoch und er stürzt von oben runter und im Dienst und fürs Haus gibt es dann zu klären, wie konnte das passieren.“* (16, 30/36).

### **Critical Incident T<sub>2</sub>: Dementer Bewohner findet sein Zimmer nicht (Nr. 23)**

Im Critical Incident „Dementer Bewohner findet sein Zimmer nicht (Nr. 23)“ beschreibt eine Mitarbeiterin, wie sie demente Bewohner validiert und in ihr Zimmer führt: *„In erster Linie sind sie verwirrt und finden das Zimmer nicht oder kommen auf dem Zimmer nicht klar oder kommen auf den Gängen nicht klar, so was ist viel. Da streiten sie sich, ‚das ist mein Zimmer hier und da will ich rein‘, mit Ach und Krach und ‚nein sie wohnen hier nicht, sie wohnen dort, kommen sie mit‘ und dann gehe ich eben und führe sie hin zu*

*ihrem Zimmer und sage, „gucken sie mal was hier dran steht, lesen sie mir mal vor, wer hier wohnt“ und das können die meisten.“ (21, 28).*

Die Mitarbeiterin beschreibt folgende Verhaltensweisen: „Bewohner zum Zimmer hinführt“, „auffordert vorzulesen“ und „mit ihnen spricht“, die ein validierendes Verhalten des Mitarbeiters im Umgang mit dem dementen Bewohner kennzeichnen. Aus diesem Grund werden die Verhaltensweisen in die Verhaltenskategorie „validieren“ geordnet und es wird eine Fähigkeit (Fach)Wissen anzuwenden abgeleitet, die sich in diesem Fall auf die Fähigkeit, Bewohner zu validieren bezieht.

Weiterhin schildert die Mitarbeiterin im Zusammenhang mit diesem Critical Incident „Dementer Bewohner findet sein Zimmer nicht (Nr. 23)“, dass sie mit dem dementen Bewohner „nicht streitet“, wenn dieser sein Zimmer nicht findet und behauptet, das einer anderen Bewohnerin wäre sein Zimmer: *„Ich lass die dann das so machen, warum sollte ich, also mit Dementen soll man ja auch nicht rum streiten, ich streite mich auch nicht“ (21, 26).*

Die Verhaltensweisen „nicht streiten“ und „Bewohner machen lassen“ werden unter die Verhaltenskategorie „nicht nachtragen“ gruppiert und kennzeichnen ein nachsichtiges Handeln der Mitarbeiter im Umgang mit dementen Bewohnern. Aufgrund des nachsichtigen Handelns wird die Fähigkeit nachsichtig zu handeln abgeleitet (vgl. auch Critical Incident T<sub>2</sub> Nr. 18).

### **Critical Incident T<sub>2</sub>: Dementer Bewohner zieht sich eine Tüte über den Kopf (Nr. 24)**

Im Critical Incident „Dementer Bewohner zieht sich eine Tüte über den Kopf (Nr. 24)“ schildert eine Mitarbeiterin, dass sich eine Kollegin in dieser Situation aufgeregt im Umgang mit der dementen Bewohnerin verhielt und sie nicht validierte: *„Da gab’s zum Beispiel eine Situation, da hatte eine Heimbewohnerin, die macht sich abends immer das Haarnetz um und da hat sie wahrscheinlich nicht das Haarnetz erwischt, sondern hat sich eine Tüte über den Kopf gezogen, so eine Plastetüte und wie war die Situation, jedenfalls ist die, na ja ist die Mitarbeiterin zufällig rein und eine Mitarbeiterin, na ja „papapapa“, großes Geschrei: ‘na was haben sie denn gemacht’“ (17, 42).*

Anhand der Verhaltensweisen „Mitarbeiter regt sich auf“ und „Mitarbeiter handelt nicht validierend“ wird erkennbar, dass sich die Mitarbeiterin im Umgang mit der verwirrten und verängstigten Bewohnerin unangemessen verhalten hat, indem sie die Bewohnerin nicht beruhigt, sondern aufgebracht und anklagend fragte, was sie denn gemacht hätte. Dadurch verunsicherte und verwirrte sie die Bewohnerin darüber hinaus noch mehr. Durch die Verhaltensweisen und die fehlende Validation wird hier eine Fähigkeit, Bewohner zu validieren hergeleitet, über die die Mitarbeiterin nicht verfügt. Die fehlende Validation kann möglicherweise auf die Überforderung der Mitarbeiterin in diesem Ereignis zurückgeführt werden, die einfach überreagiert hat, ohne zunächst die Situation einzuschätzen.

### **Critical Incident T<sub>2</sub>: Verbesselter Gesundheitszustand eines Bewohners (Nr. 25)**

In der Situationsbeschreibung „Verbesselter Gesundheitszustand eines Bewohners (Nr. 25)“ beschreibt eine Mitarbeiterin, dass sie einen Bewohner *„in einem ziemlich desolaten*

*Zustand aus dem Krankenhaus bekommen“ (17, 6) haben, der sich nur mit „ja“ und „nein“ äußern kann. Die Mitarbeiterin „liest“ an seinen Bewegungen seinen Zustand ab und „schätzt demnach ein“, ob er sich wohl fühlt: „Und so von seinen körperlichen Bewegungen her kann man so einiges ablesen ob es ihm gut geht oder ob er sich nicht so wohl fühlt“ (17, 6).*

Die Verhaltensweisen „von körperlichen Bewegungen ablesen“ und „einschätzen“, ob er sich wohl fühlt, kennzeichnen ein einschätzendes Verhalten der Mitarbeiterin, die Bewegungen und den Gesundheitszustand des Bewohners zu beurteilen. Aus diesem Grund werden die Verhaltensweisen in die Verhaltenskategorie „einschätzen“ kategorisiert und es wird die Fähigkeit (Bewohner-/Verhalten) einzuschätzen hergeleitet (zur Begriffsbildung vgl. auch Critical Incident T<sub>2</sub> Nr. 12).

Im Critical Incident „Verbesserter Gesundheitszustand eines Bewohners (Nr. 25)“ wird ermittelt, dass die Mitarbeiter den Zustand des Bewohners gemeinsam verbesserten, indem sie zunächst das Problem besprachen, die Ernährung des Bewohners umstellten und somit das Problem gemeinsam lösten: *„Aber den wir eigentlich wieder so hochgepäppelt haben, sage ich mal so, dass er zugenommen hat und eigentlich jetzt wieder guter Dinge ist [...] Und da haben wir halt überlegt wie wir das so in die Reihe kriegen, das klappt mit Medikamenten nicht, haben wir halt von der Ernährung her umgestellt alles was eben nicht Stuhlgang fördernd ist. Haben ihm halt geriebenen Apfel mit Schokolade und so was. Und an was es nun gelegen hat, ich weiß es auch nicht, jedenfalls ist das alles, hat sich alles gebessert. Der Stuhlgang ist normal, das Essen klappt [...] alle Mitarbeiter haben mitgezogen. Wir haben ja immer Besprechung und Übergaben und haben halt mit der Übergabe, heute hat er das und das gegessen und versucht das und das ist geplant und das und das gegeben.“ (17, 6/11).*

Die Verhaltensweisen „haben wir halt überlegt“, „Besprechung und Übergaben“, „Probleme besprechen“, „Ernährung umgestellt“ kennzeichnen Verhaltensweisen der Mitarbeiter, Probleme im Team zu besprechen. Diese Verhaltensweisen werden somit in die Verhaltenskategorie „Probleme besprechen“ kategorisiert. Die Verhaltensweisen deuten auf ein Handeln, Probleme gemeinsam zu lösen. Schlussfolgernd wird hier die Fähigkeit Probleme gemeinsam zu lösen hergeleitet. Als Begriffgrundlage dient der Begriff „Problemlösen“ (vgl. FUCHS ET AL. 1988, S. 592).

Im Critical Incident „verbesserter Gesundheitszustand eines Bewohners (Nr. 25)“ schildert eine Mitarbeiterin, dass der kranke Bewohner Gerichte bekommt, die er gern isst. Die Mitarbeiter kennen die Essgewohnheiten der Bewohner und geben ihm nun auch Gerichte, die er mag: *„Also er kriegt gut zu essen von uns, er kriegt auch extra noch so eine kalorienreiche Flüssigkeit und isst eigentlich so ziemlich normal aber wo wir eben darauf achten. Am liebsten isst er halt Kartoffelmuß mit irgendwie Möhren oder irgendeiner Soße, egal was und das machen wir halt immer so, was er eben so gerne isst und das geben wir ihm und das isst er eigentlich auch und eigentlich gut möchte ich mal sagen, eigentlich ja zugenommen und ich denke mal er fühlt sich wohl“ (17, 7).*

Die Mitarbeiter kennen die Vorlieben des Bewohners, der gern „Kartoffelbrei isst“ und sie „geben dem Bewohner diese Lieblingsspeisen“. Anhand des Verhaltens, dem Bewohner

sein „Lieblingsessen zu geben“ und die „Vorlieben der Bewohner zu kennen“, wird abgeleitet, dass die Mitarbeiter Interesse für den Bewohner zeigen. Aufgrund der erläuterten Verhaltensweisen wird auf ein Handeln, Interesse zu bekunden und somit auf die Fähigkeit Interesse zu bekunden geschlossen. Dabei bedeutet „Interesse“, seine Aufmerksamkeit und Gedanken auf eine Person auszurichten und sich mit ihr und ihren Verhaltens- und Gewohnheiten auseinanderzusetzen (vgl. FUCHS ET AL. 1988, S. 356; BÖHM, 2005, S. 316).

### **Critical Incident T<sub>2</sub>: Bewohnerin lehnt ärztliche Anordnungen ab (Nr. 26)**

Im Critical Incident „Bewohnerin lehnt ärztliche Anordnungen ab (Nr. 26)“ berichtet die Mitarbeiterin, dass sie versucht mit der Bewohnerin zu sprechen und sie zu überzeugen, die Kompressionsstrümpfe zu tragen, aber die Bewohnerin lehnt die Anordnungen ab. Die Mitarbeiterin muss aufgeben, da sie die Bewohnerin nicht zwingen kann. Sie dokumentiert schließlich das ablehnende Verhalten der Bewohnerin: *„Zum Beispiel ärztliche Anordnungen, die lehnt sie strickt ab, man kommt manchmal in Schwierigkeiten dem Arzt gegenüber [...] Kompressionsverbände, die hat sie sich dann auch selber abgewickelt. [...] Da kann man bloß reden, und wenn es mit reden dann nicht mehr geht, ich kann sie ja nicht zwingen, ich kann ja nicht handgreiflich werden, dann bringt es nichts, dann muss ich das dokumentieren, dass sie es nicht möchte. Dann entweder der Arzt findet eine andere Lösung, bringt nichts.“* (22, 21-25).

Anhand der Verhaltensweisen „reden“ und wenn es nichts bringt, dann „dokumentieren“ und „den Arzt hinzuziehen“ sowie an dem Ergebnis (die entfernt sich Bewohnerin die Kompressionsverbände) wird erkennbar, dass die Mitarbeiterin die Bewohnerin nicht im Gespräch davon überzeugen kann, die Anordnungen des Arztes anzunehmen. Demzufolge können die Verhaltensweisen in die Verhaltenskategorie „nicht überzeugen“ gruppiert werden. Vor dem Hintergrund einer kommunikativen Fähigkeit zu überzeugen, die darin besteht, die Bewohnerin dazu zu bringen die Anordnungen des Arztes anzunehmen, wird hier hergeleitet, dass die Mitarbeiterin über diese Fähigkeit nicht verfügt. Eine „Überzeugung“ erfolgt in diesem Critical Incident nicht, stattdessen wird die Ablehnung dokumentiert.

Die Mitarbeiterin hält in der Pflegedokumentation schriftlich fest, dass die Bewohnerin die Anordnungen ablehnt: *„Dann muss ich das dokumentieren, das sie es nicht möchte“* (22, 23). Anhand der Verhaltensweise „dokumentieren“ wird ein pflegerisches Handeln, Tätigkeiten und Vorfälle zu dokumentieren abgeleitet. In diesem Situationszusammenhang kann somit außerdem die Fähigkeit zur Dokumentation hergeleitet werden, die eine Fähigkeit (Fach)Wissen anzuwenden beschreibt. Die Fähigkeit zur Dokumentation dient demnach insbesondere als rechtliche Absicherung der Mitarbeiter und wird oftmals als Handlung beschrieben, wenn Bewohner nicht durch die Mitarbeiter überzeugt werden können.

### **Critical Incident T<sub>2</sub>: Toilettenbegleitung (Nr. 27)**

Im Critical Incident „Toilettenbegleitung (Nr. 27)“ schildert eine Bewohnerin, dass sich die Mitarbeiter „vorbildlich“ verhalten, wenn sie die Bewohnerin auf Toilette begleiten. Nach dem Toilettengang wird sie „gründlich sauber“ gemacht: *„das machen doch die*



*Schwestern wieder vorbildlich. [...] Die warten einfach bis mein großes Geschäft beendet ist, dann nehmen sie alles weg und machen sie mich gründlich sauber.*“ (5, 15/23).

Anhand der Verhaltensweisen „vorbildlich machen“ und „gründlich sauber machen“ wird ein Verhalten der Mitarbeiter, den Bewohner „gründlich zu pflegen“ und ein Handeln, „gewissenhaft zu arbeiten“ hergeleitet. Diese Verhaltensweisen und das Handeln deuten auf eine **„Fähigkeit die Pflege gründlich durchzuführen“**.

Die Bewohnerin beschreibt im Critical Incident „Toilettenbegleitung (Nr. 27)“, wie sich die Mitarbeiter verhalten, wenn sie die Toilette benutzen muss: Die Pflegekräfte bleiben neben der Bewohnerin stehen, warten und passen auf, bis diese den Toilettengang beendet hat: *„Die bleiben neben mir stehen und passen auf, wenn ich großes Geschäft mache und das nehmen Sie dann gleich weg. Denken sie mal an, was das für eine Überbelastung ist. [...] Die warten einfach, bis mein großes Geschäft beendet ist, dann nehmen sie alles weg und machen sie mich gründlich sauber.“* (5, 17/23).

Die Verhaltensweisen „bleiben neben Bewohner stehen“, „passen auf“, „gleich wegnehmen“, „Mitarbeiter warten“, bis die Bewohnerin fertig ist, deuten zunächst auf eine Missachtung der Intimsphäre der Bewohnerin. Aufgrund der genannten Verhaltensweisen, die in die Verhaltenskategorie „Intimsphäre missachten“ geordnet werden, und des abgeleiteten Handelns, die Intimsphäre des Bewohners zu missachten, wird hier eine Fähigkeit die Intimsphäre der Bewohner zu beachten hergeleitet, über die die Mitarbeiter nicht verfügen.

Weiterhin wird deutlich bzw. abgeleitet, dass die Gewissenhaftigkeit und Gründlichkeit in der Ausführung der Pflege am Bewohner (vgl. oben) möglicherweise ein Vernachlässigen der Beachtung der Intimsphäre der Bewohnerin hervorruft. Das kann in diesem Situationskontext darauf zurückgeführt werden, dass die Mitarbeiter ihre Arbeit gründlich und vorbildlich ausführen aber nicht wahrnehmen, dass sie wartend neben der Bewohnerin stehen, die die Toilette benutzt und sich somit auch nicht in die Bewohnerin und die Situation einfühlen: *„Die bleiben neben mir stehen und passen auf, wenn ich großes Geschäft mache und das nehmen Sie dann gleich weg“* (5, 17).

Aus diesem Grund kann angenommen werden, dass die Mitarbeiter die Intimitätsgrenzen der Bewohner nicht mehr wahrnehmen und sich auch nicht in die intime Situation der Bewohnerin einfühlen und hineinversetzen, die die Situation als Überbelastung und unangenehm empfindet: *„Nu, legen sie sich mal hin und machen sie mal das Geschäft unter anderen Augen und warten dann bis es weggenommen wird. Das ist keine schöne Situation“* (5, 21). Vor diesem Hintergrund kann in diesem Critical Incident zudem eine Fähigkeit zur Wahrnehmung hergeleitet werden, die den Mitarbeitern fehlt und eine Fähigkeit, sich in andere einzufühlen und hineinzuversetzen, über die die Mitarbeiter ebenfalls nicht verfügen.

In dieser Situationsbeschreibung wird deutlich erkennbar, dass die Mitarbeiter die Intimsphäre der Bewohnerin missachten und Intimitätsgrenzen überschreiten. Die Gründe für das Verhalten der Mitarbeiter sieht die Bewohnerin in der Hygiene und der gewissenhaften, gründlichen Erledigung der Arbeit: *„Das ist wahrscheinlich für die Schwestern die*

*sauberste Sache, wenn das gleich weggenommen wird“ (5, 29). Vermutlich liegen jedoch die Ursachen in einer Abstumpfung der Pflegekräfte, die diese intime Situation des Toilettengangs nicht als solche wahrnehmen und schlicht „übersehen“. Möglicherweise sind die Pflegekräfte aber besonders auf die Gründlichkeit der Ausführung ihrer Arbeit bedacht und reagieren daraufhin unflexibel, weil es eventuell schon vorgekommen ist, dass Bewohner auf der Toilette vergessen wurden? Entscheidend ist jedoch, dass an dieser Stelle bereits erkennbar wird, dass in diesem Bereich keine Veränderung gegenüber den Ergebnissen der Erhebung T<sub>1</sub> zu sehen ist.*

### **Critical Incident T<sub>2</sub>: Bewohnerin hat Schmerzen (Nr. 28)**

Im Bewohnerinterview schildert eine Bewohnerin im Kontext des Critical Incidents „Bewohnerin hat Schmerzen (Nr. 28)“ Verhaltenweisen einer Mitarbeiterin die auf ein unbeherrschtes Verhalten schließen lassen. *„Nun, ich habe in der Nacht mal eine Situation gehabt, da kam eine Schwester reingeschrien ins Zimmer und da habe ich gesagt: So nicht Schwester, und da hat sie geantwortet: Gerade so, denn wir haben Arbeit. Das hat mich sehr gekränkt. Und da habe ich geantwortet: Und ich habe Schmerzen. [...] Ich habe fasst jede Nacht Schmerzen, aber das ist eine Ausnahme dass eine Schwester so grob ist“ (5, 60/64).*

An den von der Bewohnerin geschilderten Verhaltensweisen „redet scharfzüngig“, „Mitarbeiterin schreit“, „Mitarbeiter rechtfertigt sich“ wird ein unbeherrschtes Verhalten und Handeln der Mitarbeiterin abgeleitet. Das äußert sich darin, dass die Mitarbeiterin ihre Empfindungen und Verhaltensweisen im Sinne einer Selbstkontrolle nicht beherrscht und nicht kontrolliert (vgl. FRÖHLICH 2004, S. 271; FUCHS ET AL. 1988, S. 323). Vor diesem Hintergrund und einer davon abgeleiteten Fähigkeit zur Selbstbeherrschung wird in diesem Critical Incident angenommen, dass der Mitarbeiterin die Fähigkeit zur Selbstbeherrschung fehlt.

Die Mitarbeiterin verabreicht der Bewohnerin eine Schmerztablette, anstatt ihr alternativ durch Einreibungen die Schmerzen zu nehmen. Den Grund für das Verhalten der Mitarbeiterin sieht die Bewohnerin in der Zeit und Arbeit, die Einreibungen machen: *„Eine Tablette gegeben, das fand ich gar nicht gut, denn es gibt Sachen, wo man einreibt das auch die Schmerzen nimmt, aber das macht ja bissel Arbeit“ (5, 62) sowie darin dass die Pflegekräfte überlastet sind, weil nachts ständig Bewohner klingeln. „Nu, die ist auch überlastet. Man kann sich das ja vorstellen. Klingelt eins, klingelt wieder eins.“ (5, 68).*

### **Critical Incident T<sub>2</sub>: Mitarbeiter unterstützen und geben Hilfestellung (Nr. 29)**

In den Bewohnerinterviews beschreiben die Bewohner, dass die Pflegekräfte ihnen die *„Füße waschen, eben alles was dazu gehört“ (13, 25), „die Haare mit waschen. Ja das ist es einzige, das andere mache ich alles selber“ (7, 19),* sie duschen, baden und die Grundpflege durchführen.

Die Verhaltensweisen „Füße waschen“, „Haare waschen“, „duschen“ und „baden“ kennzeichnen das Handeln, die Körperpflege durchzuführen und werden aus diesem Grund in die Verhaltenskategorie „Körperpflege durchführen“ gruppiert. Anhand dieser Verhaltensweisen wird die Fähigkeit (Fach)Wissen anzuwenden abgeleitet, die sich in diesem Kontext auf die Fähigkeit, Körperpflege durchzuführen bezieht.

Weiterhin wird im Critical Incident „Mitarbeiter unterstützen und geben Hilfestellung (Nr. 29)“ anhand der beschriebenen Verhaltensweisen „Gummistrümpfe anziehen“ und „ausziehen“ ermittelt, dass die Mitarbeiter, die Bewohner beim Anziehen und Ausziehen unterstützen: *„Nu, die Gummistrümpfe anziehen und abends wieder ausziehen“* (13, 25). Diese Verhaltensweisen deuten auf eine Fähigkeit, Bewohner an- und auszukleiden, die einen Bestandteil der Fähigkeit (Fach)Wissen anzuwenden darstellt.

Eine Bewohnerin berichtet im Critical Incident „Mitarbeiter unterstützen und geben Hilfestellung (Nr. 29)“, dass sie aufgrund ihrer Krankheit von den Pflegekräften beim „Essenreichen unterstützt“ wird: *„Nun Mittagessen, wenn es Nudeln gibt, da lade ich sechse auf und zweie bleiben liegen. Dadurch, dass ich das Parkinson habe, brauchte ich manchmal auch ein bisschen mehr Kräfte. Mal füttern oder so was, denn das rutscht mir ja alles vom Löffel runter.“* (8, 31).

Die Verhaltensweisen „füttern“, „beim Essen helfen“ werden in die Verhaltenskategorie „Essenreichen“ geordnet. Anhand dieser Verhaltensweisen wird die Fähigkeit der Mitarbeiter, (Fach)Wissen anzuwenden hergeleitet, das sich in diesem Critical Incident auf die Fähigkeit zum Essenreichen bezieht.

Im Kontext des Critical Incidents „Mitarbeiter unterstützen und geben Hilfestellung (Nr. 29)“ schildern die Bewohner, dass die Mitarbeiter sie unterstützen und ihnen helfen, indem sie z. B. das Essen bringen und bei der Körperpflege behilflich sind. Sie bringen außerdem die Waschutensilien an das Bett und stellen die Waschschüssel auf den Nachtschrank: *„die sind immer für die anderen da, wenn Not an Mann ist, wenn die Leute selber nicht so richtig können, wird immer geholfen [...] dann werden meine Handtücher und die Waschlappen hingetan. Mir machen ein Badezeugs rein, weil ich da anderes kriege, weil ich wegen der Haut empfindlich bin. Nu, und da wasche ich mich. Und die Sachen, das wird dann auch alles hingelegt, damit ich mich anziehen kann“* (7, 15/36).

An den Verhaltensweisen „bringen das Essen“, „geben Badezusatz ins Wasser“, „legen Handtücher und die Waschlappen bereit“, „stellen Waschschüssel auf Nachtschrank“, „bringen Waschzeug“ wird deutlich, dass die Mitarbeiter den Bewohnern helfen und sie unterstützen. Diese Verhaltensweisen werden demnach in die Verhaltenskategoriegruppe „helfen, unterstützen“ geordnet, da sie ein Hilfe-Leistendes Handeln beschreiben. Aufgrund der Verhaltensweisen und der kategorialen Zuordnung wird die Fähigkeit zur Hilfeleistung abgeleitet. Die Ableitung des helfenden und unterstützenden Handelns und der Fähigkeit zur Hilfeleistung geschieht dabei vor dem Hintergrund des Verständnisses eines „Hilfeleistungsverhaltens“ bzw. „Hilfeleistungs-Motivs“. Diese Begriffe bezeichnen ein Verhalten, das aus den Gründen bzw. Motiven erfolgt, das Wohlbefinden anderer Menschen zu beachten und zu fördern (vgl. FRÖHLICH 2004, S. 223 und 56).

### **Critical Incident T<sub>2</sub>: Bewohnerin stürzt (Nr. 30)**

Im Critical Incident „Bewohnerin stürzt (Nr. 30)“ schildert die Bewohnerin, dass die Mitarbeiter sofort kommen, wenn sie stürzt, die Bewohnerin aufheben, kontrollieren, ob sie sich verletzt hat und sie ins Bett legen: *„Da kamen gleich zwei Mann. Probiert, ob ich was gebrochen habe und dann ins Bett geschafft. War ja schon abends [...] Nun die Arme bewegen, die Beine bewegen, alles bewegen.“* (8, 116-118).

Anhand der Verhaltensweisen „kamen gleich zwei Mann“, „probiert, ob was gebrochen ist“, „Bewohnerin ins Bett legen“ wird ein sorgendes und fürsorgliches Handeln erkennbar. Anhand des fürsorglichen Handelns kann somit eine Fähigkeit, fürsorglich zu handeln abgeleitet werden. Diese Fähigkeit steht in Verbindung mit der Fähigkeit medizinisches und pflegerisches Wissen anzuwenden, die anhand der Verhaltensweisen „untersuchen Bewohner auf Verletzungen“, „bewegen der Beine“, „bewegen der Arme“ hergeleitet wird. Diese Fähigkeit lässt auf vorhandene medizinische und pflegerische Kenntnisse zur Einschätzung der Sturzsituation und die daraus resultierenden Verletzungen der Bewohnerin schließen.

Die Bewohnerin gibt als Gründe für das Verhalten der Mitarbeiter an, dass diese zum einen verantwortlich handeln und zum anderen die möglichen Folgen abschätzen müssen, indem sie ihr Fachwissen anwenden und die Bewohnerin auf Verletzungen hin untersuchen *„Nun die müssen sich ja auch sicher sein, dass man dann nicht später mal sagt, ich habe dort und dort was, so bilde ich mir das ein“* (8, 122).

Im Critical Incident „Bewohnerin stürzt (Nr. 30)“ schildert die Bewohnerin, dass die Mitarbeiter lieb und nett sind und auch abends in ihr Zimmer kommen und die Bewohnerin „auch mal drücken“: *„Da kommt eben jede Schwester abends mal rein und drückt einen.“* (8, 24).

Anhand der Verhaltensweise „drücken“ wird erkennbar, dass die Mitarbeiterin der Bewohnerin Zuwendung entgegenbringt. Folglich kann hier die Fähigkeit Zuwendung auszudrücken abgeleitet werden. Die Begriffsfindung basiert auf dem Begriffsverständnis von „emotionaler Zuwendung“ (vgl. FUCHS ET AL. 1988, S. 886). Das Verhalten „drücken“ beschreibt ein „liebessvolles, zärtliches Verhalten“ und somit die Fähigkeit der Mitarbeiterin, ihre emotionale Zuwendung entgegenzubringen und auszudrücken.

### **Critical Incident T<sub>2</sub>: Eingebildete Mitarbeiter (Nr. 31)**

Ein Bewohner berichtet im Critical Incident „Eingebildete Mitarbeiter (Nr. 31)“, wie sich junge Mitarbeiter vor der Arbeit drücken: *„Nun ja die bilden sich noch ein, sie sind was Besseres [...] Na ja, die tun so als ob das nicht unbedingt sein muss, wenn sie mal was machen müssen.“* Der Bewohner beschreibt, dass sich Mitarbeiter „hochnäsig“ im Umgang mit den Bewohnern verhalten: *„Die Nase hoch. Ja, ja. Nicht alle, aber es gibt welche“* (13, 42-50).

Die beschriebene Verhaltensweise „sich vor der Arbeit drücken“, die ein distanzierendes Handeln vermuten lässt, wird in die Verhaltenskategorie „sich zurückziehen und schützen“ gruppiert und kennzeichnet ein Handeln, sich vom Bewohner zu distanzieren, um sich möglicherweise nicht „engagieren“ zu lassen. Vor diesem Hintergrund wird eine Distanzierungsfähigkeit hergeleitet.

In Anbetracht der häufig erwähnten informierten und fordernden Bewohner, die die ihnen zustehenden Leistungen kennen, könnte das „eingebildete“ und „hochnäsige“ Verhalten der Mitarbeiter eine Distanzierung darstellen, um sich von den Bewohnern nicht „unterdrücken“ oder „engagieren“ zu lassen. Der Bewohner sieht eine Begründung für das Verhalten der Mitarbeiter darin, dass diese noch jung und unerfahren sind bzw. keine

Ausbildung absolviert haben und von den Bewohnern mit Blick auf die Arbeit, Pflege und Betreuung mit erzogen werden müssen: „Na, das sind solche jungen Anfänger. Na ja, aus der Schule und nun nichts weiter gelernt oder was, ich meine, es ist schön, wenn die Jugend nachzieht, denn die Leute, die Altenpfleger gehen ja weg und da muss die Jugend mal nachhelfen. Aber na ja, die müssen mir eben auch so ein bisschen mit erziehen.“ (13, 54). Schlussfolgernd wird in diesem Zusammenhang und durch die Verhaltensweisen „sich vor der Arbeit drücken“ und dem „hochnäsigen und eingebildeten“ Verhalten eine Distanzierungsfähigkeit hergeleitet.

### 8.7.2 Zusammenfassung der (Handlungs-)Fähigkeiten T<sub>2</sub>

In diesem Kapitel erfolgt eine Zusammenfassung und Systematisierung der Ausprägungsbereiche der abgeleiteten Fähigkeiten aus der zweiten Erhebungsphase T<sub>2</sub>. Dabei wird insbesondere auf neue oder ergänzende (Handlungs-)Fähigkeiten eingegangen, die im Vergleich zu den Interviews und Beobachtung zur Erhebungsphase T<sub>1</sub> ermittelt werden, um hier bereits auf mögliche Veränderungen der Ausprägungsbereiche der (Handlungs-)Fähigkeiten hinzuweisen. Die Klassifizierung und Kategorisierung der (Handlungs-)Fähigkeiten als Komponenten von Kompetenzen bzw. Kompetenzbereichen erfolgt im Anschluss daran in Kapitel 8.8.1.

#### Der Ausprägungsbereich der Kommunikationsfähigkeit

Im Ausprägungsbereich der Kommunikationsfähigkeit sind im Vergleich zur Erhebungsphase T<sub>1</sub> keine Unterschiede festzustellen. In den Critical Incidents wird anhand der Verhaltenskategorien „fragen“, „kommunizieren“, „erklären“ ein kommunikatives Handeln im Umgang mit den Bewohnern abgeleitet. Jedoch wird in diesem Zusammenhang festgestellt, dass eine Kommunikation mit den Bewohnern fast ausschließlich durch Gespräche während der Pflegemaßnahmen und Betreuungsangeboten erfolgt. In dieser Hinsicht kann, wie bereits in den Beobachtungen ermittelt, auch in den Interviews T<sub>2</sub> eine eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit abgeleitet werden, die sich auf eine Kommunikation während der Durchführung von Pflegemaßnahmen bezieht.

#### Der Ausprägungsbereich der eingeschränkten Kommunikationsfähigkeit

In den Beobachtungen wird von den Verhaltensweisen „nicht mit Bewohnerin sprechen“, „Bewohner nicht anleiten“ ein kommunikatives Handeln während und außerhalb der Pflegetätigkeiten abgeleitet, dass durch eine eingeschränkte Kommunikation gekennzeichnet ist. In den Interviews T<sub>2</sub> deuten die Verhaltensweisen „wenig mit dem bettlägerigen Bewohner kommunizieren“, weil er allein im Zimmer lag, „während der Pflege mit Bewohnern sprechen“, „viel reden, wenn wir ins Zimmer kommen“ auf eine eingeschränkte Kommunikation, die nur während der Pflegemaßnahmen stattfindet (Critical Incident T<sub>2</sub> Nr. 21).

Zusammengefasst kann festgestellt werden, dass eine eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit vorhanden ist, wenn die Mitarbeiter mit den Bewohnern nur während der Durchführung von Pflegemaßnahmen kommunizieren und außerhalb der Pflegehandlungen wenig mit den Bewohnern sprechen. Es liegt nahe, einen Zusammenhang der eingeschränkten Kommunikationsfähigkeit mit den (Handlungs-)Fähigkeiten zum Umgang mit dementen Menschen zu vermuten. Demnach fehlen den Mitarbeitern vermutlich Fähigkeiten zur

Beziehungs- und Alltagsgestaltung mit dementen und verwirrten Bewohnern und zur Kommunikation und Aktivierung dieser Bewohner.

### **Der Ausprägungsbereich der Fähigkeit zu überzeugen**

Der Ausprägungsbereich der Fähigkeit zu überzeugen umfasst eine kommunikative Überzeugung, die den Mitarbeiter gelingt, aber auch eine kommunikative Überzeugung, die ihnen nicht gelingt. Hierin ist ein Unterschied zu den Ergebnissen in T<sub>1</sub> festzustellen.

Eine Fähigkeit zu überzeugen ist vorhanden, wenn die Mitarbeiter die Bewohner durch Gespräche und Erklärungen „überzeugen“ können, sie z. B. „zur Einsicht zu bewegen“, nicht so häufig zu klingeln (Critical Incident T<sub>2</sub> Nr. 1). Eine Fähigkeit zu überzeugen ist nicht vorhanden, wenn die Mitarbeiterin die Bewohner in Gesprächen z. B. nicht davon überzeugen können, die Anordnungen des Arztes anzunehmen, sondern stattdessen die „Ablehnung dokumentieren“ und die „Anordnungen nicht durchführen“ (Critical Incident T<sub>2</sub> Nr. 26).

### **Die Ausprägungsbereiche der Fähigkeit abzulenken, der Fähigkeit zu beruhigen und der Fähigkeit zum Zuhören**

Die Fähigkeiten dieser Ausprägungsbereiche werden ähnlich wie in den Erhebungen T<sub>1</sub> im Zusammenhang mit einer ablenkenden Kommunikation in Gesprächen mit unzufriedenen Bewohnern erkennbar, die sich z. B. bei den Mitarbeitern über die Arbeit der Vorschicht beschwerten (Critical Incident T<sub>2</sub> Nr. 17). Eine Beruhigung wird auch im Critical Incident T<sub>2</sub> Nr. 17 abgeleitet. Hier schildert eine Mitarbeiterin, dass sie die blinde Bewohnerin, die von Aushilfskräften im Bad allein gelassen wurde und sich darüber sehr aufregte, im Gespräch beruhigte. Dabei verhalf auch die Zusicherung, mit der WBL zu sprechen, dass dies nicht mehr vorkommt. Die Fähigkeit zum Zuhören wird ebenfalls an den Verhaltensweisen „zuhören“ und „trösten“ abgeleitet und in T<sub>2</sub> im Umgang mit depressiven Bewohnern ermittelt (Critical Incident Nr. 16).

### **Der Ausprägungsbereich der Fähigkeit (Fach)Wissen anzuwenden**

In den Interviews T<sub>2</sub> werden ebenfalls Fähigkeiten (Fach)Wissen anzuwenden ermittelt, die die folgenden Bereiche umfassen: verfügbare Fähigkeiten medizinisches und pflegerisches Wissen anzuwenden, die Fähigkeit zur Dokumentation, die Fähigkeit Körperpflege durchzuführen, die Fähigkeit Bewohner zu mobilisieren, die Fähigkeit zum Essenreichen sowie eine Fähigkeit Bewohner an- und auszukleiden. Die Verhaltensweisen, die auf diese Fähigkeiten schließen lassen, unterscheiden sich nicht von den Verhaltensweisen in T<sub>1</sub> und werden aus diesem Grund an dieser Stelle nicht wiederholt.

Der Ausprägungsbereich einer Fähigkeit Bewohner zur Mobilisation anzuleiten, der in den Beobachtungen auch eine fehlende Anleitung zur Mobilisation enthält, wird in den Interviews T<sub>2</sub> nur als verfügbare Fähigkeit Bewohner zur Mobilisation anzuleiten, durch Verhaltensweisen, wie „Handlungen ansagen“, „Handgriffe begleiten“, hergeleitet.

Die Fähigkeit Bewohner zu validieren, die bisher in den Interviews und Beobachtungen nur als vorhandene (Handlungs-)Fähigkeit ermittelt wurde, wird in T<sub>2</sub> als Ausprägungsbereich auch im Sinne einer fehlenden Validation, als nicht verfügbare Fähigkeit Bewohner zu validieren hergeleitet. Eine nicht verfügbare Fähigkeit Bewohner zu validieren kenn-

zeichnet eine fehlende Validation, indem sich Mitarbeiter im Umgang mit dementen Bewohnern „aufregen“, weil sich die Bewohnerin eine Tüte über den Kopf zog, anstatt sich einzufühlen, ruhig mit ihr zuzusprechen und ihr mitzuteilen, dass sie das Haarnetz verwechselte (Critical Incident Nr. 24). Die fehlende Validation kann möglicherweise auf die Überforderung der Mitarbeiterin in diesem Ereignis zurückgeführt werden, die überreagiert hat, ohne zunächst die Situation einzuschätzen.

Die Ausprägungsbereiche der Fähigkeit den Bewohnern eine aktivierende Pflege und Selbstpflege zu ermöglichen und der Fähigkeit die Individualität der Bewohner zu beachten werden im Unterschied zu den Beobachtungen in T<sub>2</sub> als vorhandene Fähigkeiten ermittelt. Die Fähigkeit aktivierende Pflege und Selbstpflege zu ermöglichen wird z. B. im Zusammenhang mit einer Gedächtnisaktivierung durch das Singen von Liedern, Erzählen vor früheren Gegebenheiten im Kontext der Beziehungsfähigkeit hergeleitet (Critical Incident Nr. 10). Eine Fähigkeit, Individualität zu beachten kennzeichnet in den Interviews T<sub>2</sub> u. a. auch, den Bewohnern die Wahl der Speisen zu ermöglichen und die Bewohner nicht zu zwingen, ihr Essen in der Gemeinschaft einzunehmen (Critical Incident Nr. 9, 14).

Der Ausprägungsbereich der Fähigkeit Intimsphäre zu beachten kennzeichnet auch in T<sub>2</sub> ein Handeln, die Intimsphäre der Bewohner zu beachten und eine Missachtung der Intimsphäre. Die Fähigkeit Intimsphäre zu beachten ist vorhanden, wenn die Mitarbeiter die Bewohner beim Toilettengang allein lassen, den Raum verlassen und wahrnehmen, dass sich Bewohner in Gegenwart der Mitarbeiter schämen (Critical Incident Nr. 20). Auf eine nicht vorhandene Fähigkeit Intimsphäre zu beachten weisen insbesondere folgende Verhaltensweisen hin: „Mitarbeiter bleiben neben Bewohner stehen“, „warten“ und „passen auf“, während dieser die Toilette benutzt (Critical Incident Nr. 27). An dieser Stelle wird bereits erkennbar, dass in diesem Bereich keine Veränderung gegenüber den Ergebnissen der Erhebung T<sub>1</sub> vorliegt. Die Missachtung der Intimsphäre und die fehlende Fähigkeit Intimsphäre zu beachten steht in Verbindung mit einer fehlenden Wahrnehmung und Einfühlung in die Situation und den Bewohner, der seinen Toilettengang vor den Augen der Mitarbeiter durchführen muss.

Folglich kann angenommen werden, dass die Mitarbeiter die Intimitätsgrenzen der Bewohner nicht mehr wahrnehmen. Sie verhalten sich nicht einführend und versetzen sich nicht in die intime Situation der Bewohnerin hinein. Die Bewohnerin äußert dazu, dass sie die Situation als Überbelastung und unangenehm empfindet. Vor diesem Hintergrund kann in diesem Critical Incident zudem eine Fähigkeit zur Wahrnehmung hergeleitet werden, die den Mitarbeitern fehlt und eine Fähigkeit sich in andere einzufühlen und hineinzusetzen, über die die Mitarbeiter ebenfalls nicht verfügen. Vermutlich liegen die Ursachen in einer Abstumpfung der Pflegekräfte, die diese intime Situation des Toilettengangs nicht als solche wahrnehmen und schlicht „übersehen“. Möglicherweise sind die Pflegekräfte aber besonders auf die Gründlichkeit der Ausführung ihrer Arbeit bedacht und nehmen aus diesen Gründen die Intimität und die Verletzung der Intimsphäre nicht wahr.

**Der Ausprägungsbereich der Fähigkeit die Pflege gründlich durchzuführen**

Die Fähigkeit der Mitarbeiter, die Pflege gründlich durchzuführen wird im Zusammenhang mit der fehlenden Fähigkeit die Intimsphäre der Bewohner zu beachten als neue (Handlungs-)Fähigkeit in T<sub>2</sub> ermittelt. Im Critical Incident Nr. 27 schildert eine Bewohnerin, dass die Mitarbeiter die Pflege vorbildlich und gründlich durchführen. Somit wird ein Verhalten der Mitarbeiter, den Bewohner „gründlich zu pflegen“ und ein Handeln, „gewissenhaft zu arbeiten“ hergeleitet. Diese Verhaltensweisen und das Handeln deuten auf eine Fähigkeit der Mitarbeiter, die Pflege gründlich durchzuführen. Diese (Handlungs-)Fähigkeit stellt möglicherweise ein Motiv für eine fehlende Wahrnehmung und Einfühlung in den Bewohner und die Pflegesituation dar, da die Mitarbeiter auf die Gründlichkeit der Ausführung ihrer Arbeit bedacht sind und so nicht wahrnehmen, dass sie Intimitätsgrenzen des Bewohners verletzen.

**Die Ausprägungsbereiche der Fähigkeit fürsorglich zu handeln und der Fähigkeit Zuwendung auszudrücken**

Auch in T<sub>2</sub> wird die Fähigkeit fürsorglich zu handeln durch die Verhaltensweisen „sich um die Probleme kümmern“, den Bewohnern „zuhören“ und sie auch „mal ausweinen lassen“ im Zusammenhang mit depressiven Bewohnern hergeleitet (vgl. Critical Incident Nr. 16). Die Fähigkeit Zuwendung auszudrücken wird nur durch eine einzelne Nennung („Bewohner drücken“) aus den Angaben der Bewohnerinterviews geschlussfolgert. Hier ist somit eine Veränderung erkennbar, die möglicherweise auch mit der eingeschränkten Kommunikation und fehlender Zeit für eine Beziehungsgestaltung zusammenhängt.

**Die Ausprägungsbereiche der Fähigkeit zur Wahrnehmung und der der Fähigkeit sich in andere einzufühlen und hineinzusetzen**

Die Ausprägungsbereiche der Fähigkeit zur Wahrnehmung und der der Fähigkeit sich in andere einzufühlen und hineinzusetzen kennzeichnen wie auch in T<sub>1</sub> eine vorhandene und fehlende Wahrnehmung sowie eine Einfühlung und eine fehlende Einfühlung in die Bewohner und deren Situationen. Hier wird somit keine Veränderung gegenüber T<sub>1</sub> festgestellt.

Eine Fähigkeit zur Wahrnehmung ist vorhanden, wenn die Mitarbeiter die Bewohner und ihr Verhalten „beobachten“, „bemerken“ und „hören“. Sie nehmen so z. B. wahr, ob eine Bewohnerin Atemnot hat oder merken, ob der Bewohner ein Gespräch führen möchte. Sie hören die Geräusche an, die darauf hindeuten, dass ein Bewohner unter einer Blaseninfektion leidet (Critical Incident Nr. 1, 19, 20). Eine Fähigkeit zur Wahrnehmung ist nicht vorhanden, wenn die Mitarbeiter im Critical Incident Nr. 27 nicht wahrnehmen, dass sie die Intimsphäre der Bewohnerin verletzen und wartend neben ihr stehen, bis sie den Toilettengang beendet hat (vgl. Ausprägungsbereich der Fähigkeit Intimsphäre zu beachten).

Eine Fähigkeit sich in andere einzufühlen und hineinzusetzen ist vorhanden, wenn die Mitarbeiter gefühlvoll und ruhig auf Bewohner „eingehen“, die Bewohner und ihr Verhalten wahrnehmen und sich in den Bewohner hineinversetzen. Kennzeichnende Verhaltensweisen sind z. B. Bewohner „erzählen zu lassen“ und „zu trösten“, wenn diese traurig sind, weil sie keinen Besuch von den Angehörigen erhalten oder Bewohner „hintenrum fragen“, einen „Zugang finden“ und „von sich erzählen“, um sich in sie hineinzusetzen



und herauszufinden, wie es ihnen geht und wo sie Schmerzen haben. Eine fehlende Einfühlung und damit eine nicht vorhandene Fähigkeit sich in andere einzufühlen und hineinzuversetzen beschreibt ein „raues und unsanftes“ Pflegehandeln (Critical Incident Nr. 4) sowie Verhaltensweisen, neben dem Bewohner zu warten, während dieser die Toilette benutzt und sich nicht in diese Situation einzufühlen (vgl. Critical Incident Nr. 27).

#### **Der Ausprägungsbereich der Fähigkeit Interesse zu bekunden**

Die Verhaltenskategorie „Interesse zeigen“ und Verhaltensweisen „die Vorlieben der Bewohner zu kennen“ und die „Lieblingsspeisen der Bewohner zu kennen“ und ihnen „zubereiten“ (vgl. Critical Incident T<sub>2</sub> Nr. 25) kennzeichnen die Fähigkeit Interesse zu bekunden.

#### **Der Ausprägungsbereich der Fähigkeit zu motivieren**

Das kommunikative Verhalten, unzufriedene Bewohner zu motivieren z. B. das Zimmer zu verlassen, indem die Mitarbeiter ihnen anbieten, ein Bad zu nehmen (Critical Incident Nr. 14) oder Bewohnern die Vorzüge der Benutzung eines Gehbänkchen zu erklären, um sie dazu zu aktivieren und zu motivieren, kennzeichnen ähnlich wie in T<sub>1</sub> die Fähigkeit zu motivieren (vgl. Critical Incident Nr. 21).

#### **Der Ausprägungsbereich der Fähigkeit zur Selbstbeherrschung**

Im Unterschied zu T<sub>1</sub> umfasst der Ausprägungsbereich der Fähigkeit zur Selbstbeherrschung in T<sub>2</sub> ein beherrschtes Handeln, aber auch ein unbeherrschtes Handeln im Umgang mit unruhigen, beleidigenden, fordernden und dementen Bewohnern.

Die Mitarbeiter verfügen über eine Fähigkeit zur Selbstbeherrschung, wenn sie sich beherrschen und Beschimpfungen der Bewohner erdulden, sie „wegstecken“, „hinnehmen“, sich innerlich beruhigen und „bis drei zählen“ und sich auch gegenüber den Bewohnern „ruhig verhalten“ und ihre Meinung nicht mitteilen (Critical Incident Nr. 12, 18). Auf eine fehlende Selbstbeherrschung und ein unbeherrschtes Handeln weisen die Verhaltensweisen „scharfzüngig reden“, Bewohner „anschreien“ und sich für das Verhalten „rechtfertigen“ hin, die im Critical Incident Nr. 28 von einer Bewohnerin geschildert werden und auf eine fehlende Fähigkeit zur Selbstbeherrschung schließen lassen.

#### **Der Ausprägungsbereich der Distanzierungsfähigkeit**

Die Distanzierungsfähigkeit wird in T<sub>2</sub> auch insbesondere im Umgang mit fordernden, verwirrten, diktierenden, beleidigenden Bewohnern angewendet (vgl. Critical Incident Nr. 1, 9, 15, 18, 31). Auch in den Interviews T<sub>2</sub> werden die Verhaltenskategorien „resignieren“, „ignorieren“, „zurückziehen und sich schützen“ sowie „sich wehren“ begrifflich kategorisiert, die ein distanzierendes Handeln beschreiben. Die Mitarbeiter wenden z. B. Verhaltensweisen wie „energische Kommunikation“, „die Meinung sagen“ und „im Gespräch zurechtweisen“, sich „vor Anspucken schützen“ und „zur Seite gehen“, „nicht mehr mit Bewohner reden“ und „sie ignorieren“, „sich denken, der Bewohner ändert sich sowieso nicht mehr“ und ihn resignierend „so nehmen wie er ist“ sowie „sich vor der Arbeit drücken“ an, die eine Distanzierung vom Bewohner kennzeichnen und somit eine Distanzierungsfähigkeit der Mitarbeiter herleiten lassen.

Im Vergleich zu den Interviews  $T_1$  wird an dieser Stelle jedoch schon eine Veränderung im Verhalten der Mitarbeiter im Umgang mit den Bewohnern erkennbar: die Mitarbeiter wehren sich bewusst gegen Äußerungen von Bewohnern, die kein dementes Krankheitsbild aufweisen. Beispielsweise beschreibt eine Mitarbeiterin, dass sie sich verbal gegen beleidigende und ihre Person angreifende Äußerungen wehrt, den Bewohner zurechtweist, aber auch den Bewohnern durch Verhaltensweisen wie „ignorieren“ begegnet. Die Verhaltensweisen, Bewohnern „die Meinung sagen“ und sie „im Gespräch zurechtweisen“ bzw. „energisch“ zu kommunizieren und Bewohner zu „ignorieren“, kennzeichnen die Distanzierungsfähigkeit, die somit auch im Zusammenhang mit der Kommunikation angewendet wird. Die Mitarbeiter sprechen mit den Bewohnern und versuchen sie im Gespräch zu überzeugen (z. B. nicht so häufig zu klingeln und auf andere Bewohner Rücksicht zu nehmen) bzw. sich selbst im Gespräch zu verteidigen. Demnach kann die Distanzierungsfähigkeit als (Handlungs-)Fähigkeit, in schwierigen und anstrengenden Situationen mit Bewohnern umzugehen, verstanden werden, zu deren Bewältigung die Kommunikationsfähigkeit allein nicht zum Erfolg führt.

### **Der Ausprägungsbereich der Durchsetzungsfähigkeit**

Die Durchsetzungsfähigkeit wird insbesondere im Umgang mit fordernden, diktierenden, und beleidigenden Bewohnern (Critical Incident Nr. 1, 18, 15) ermittelt und kennzeichnet ähnlich wie in  $T_1$ , dass Mitarbeiter ihre Meinung und Wünsche in der Pflege der Bewohner durchsetzen, indem sie Bewohner z. B. durch wiederholtes Nachfragen „zum Aufstehen bewegen“ oder dementen Bewohnern erklären, dass die Mitarbeiter „ihre Arbeit durchführen, wie sie es für richtig halten“. Weiterhin wird jedoch im Unterschied zu  $T_1$  deutlich, dass die Mitarbeiter fordernde „Bewohner auch warten lassen“ und „nicht auf das erste Klingeln reagieren“, sondern ihre Tätigkeiten erst zu Ende bringen, ehe sie sich um die Bewohner kümmern.

Demzufolge kann zusammenfassend festgestellt werden, dass die Mitarbeiter ihre Macht häufiger ausnutzen und sich gegen die Wünsche der Bewohner durchsetzen und ihre Tätigkeiten durchführen. Im Gegensatz zu den Interviews  $T_1$  wird die Durchsetzungsfähigkeit in  $T_2$  eher mit Macht und Zwang in Verbindung gebracht, um die Meinung der Mitarbeiter durchzusetzen. Möglicherweise ist das durchsetzungsfähige Verhalten der Mitarbeiter ein Ergebnis einer Überforderung. Sie begründen ihre Verhaltensweisen damit, unter Anbetracht der Personalknappheit nicht anders reagieren zu können.

### **Die Ausprägungsbereiche der Planungs- und Organisationsfähigkeit und der Flexibilität und Anpassungsfähigkeit**

Diese (Handlungs-)Fähigkeiten werden in  $T_2$  ähnlich wie in  $T_1$  anhand eines vorausschauenden und planenden Organisierens von Tätigkeiten abgeleitet, wobei in den zweiten Interviews keine fehlende Planungs- und Organisationsfähigkeit hergeleitet wurde. Die Flexibilität und Anpassungsfähigkeit kennzeichnet ein flexibles Handeln, sich an den Bewohner und seine Verhaltensweisen anzupassen und ihm sein „Essen z. B. später nochmals aufzuwärmen“ (Critical Incident Nr. 9). Die Planungs- und Organisationsfähigkeit wird im Handeln, den „Dienstplan an den Bewohnern auszurichten“ und demente Bewohner zu duschen, wenn geeignete Mitarbeiter im Dienst sind, deutlich. Auch Verhaltensweisen, wie „ungeplante Beschäftigungsangebote zu organisieren“ und durchzuführen oder im Voraus einer Ernährungsumstellung, „Probepackungen eines Nahrungsergän-

zungspräparates zu besorgen“, um die Bewohner „Geschmacksrichtungen ausprobieren zu lassen“, weisen auf die Planungs- und Organisationsfähigkeit hin (vgl. Critical Incident Nr. 19, 3, 8).

Die (Handlungs-)Fähigkeiten Planungs- und Organisationsfähigkeit und Flexibilität stehen immer in Verbindung, da beide (Handlungs-)Fähigkeiten einerseits eine durchorganisierte Planung der Pflege erfordern, aber andererseits auch eine flexible und spontane Neuplanung und Umorganisation, um auf unvorhergesehene Situationen reagieren zu können.

### **Der Ausprägungsbereich der Fähigkeit Vertrauen herzustellen**

Die Fähigkeit Vertrauen herzustellen wird in der zweiten Erhebungsphase nur als vorhandene (Handlungs-)Fähigkeit ermittelt. Sie kennzeichnet, wie in den ersten Interviews, dass die Mitarbeiter ein Vertrauen insbesondere zu dementen Bewohnern herstellen und Vertrauen vermitteln (Critical Incident Nr. 19), indem sie z. B. „neue Kollegen erst vorstellen“, bevor diese die Pflege durchführen oder „private Dinge von sich erzählen“, um eine Vertrauensbasis zum Bewohner herzustellen.

Diese (Handlungs-)Fähigkeit steht in Verbindung mit der Kommunikationsfähigkeit und ist mit der Beziehungsfähigkeit verknüpft.

### **Die Ausprägungsbereiche der Fähigkeit mit Kritik umzugehen und der Fähigkeit verantwortlich zu handeln**

Die Fähigkeit mit Kritik umzugehen wird in T<sub>2</sub> durch die Verhaltenskategorie „Kritik beurteilen“ und den ihr zugeordneten Verhaltensweisen, in Beschwerdefällen erst „beide Seiten zu hören“, die Bewohner mit der Beschwerde an die betreffende Kollegin zu verweisen und „in der Dokumentation nachzulesen“ ermittelt. Hier beurteilt die Mitarbeiterin die Kritik zunächst, ehe sie angenommen wird.

Die Fähigkeit verantwortlich zu handeln wird in der zweiten Erhebung auch durch die Verhaltenskategorie „nachsehen, kontrollieren“ und die ihr zugeordneten Verhaltensweisen, wie „nach Bewohnern sehen“ und „in der Dokumentation nachschauen“ abgeleitet, die ein verantwortliches Handeln der Mitarbeiter kennzeichnen.

### **Die Ausprägungsbereiche der Fähigkeit (Bewohner-/Verhalten) einzuschätzen und der Fähigkeit zu integrieren**

Die Fähigkeit (Bewohner-/Verhalten) einzuschätzen wird in T<sub>2</sub> ebenfalls durch die Handlung, das Bewohnerverhalten einzuschätzen charakterisiert. Die Mitarbeiterin erkennt zunächst das Verhalten der unruhigen Bewohnerin und „schätzt ein“, dass die Bewohnerin in ihr Zimmer begleitet werden möchte. Die Mitarbeiterin schätzt somit ein, dass die Bewohnerin ihre Ruhe haben möchte und geht mit ihr dann angemessen um.

Die Fähigkeit zu integrieren wird im Unterschied zu den Interviews T<sub>1</sub> nur als verfügbare Fähigkeit ermittelt und im Zusammenhang mit einer Integration durch Übertragen von Aufgabenbereichen hergeleitet, indem der Bewohner arbeiten kann und sich so z. B. in die Arbeit des Service einbringt.

### **Die Ausprägungsbereiche der Fähigkeit in Interaktion zu treten und der Fähigkeit zur Hilfeleistung**

Die Fähigkeit in Interaktion zu treten wird in T<sub>2</sub> auch anhand von Verhaltensweisen, Kontakt zum Bewohner herzustellen, wie „ins Zimmer gehen, „Frühstück bringen“, „bisschen reden“, ermittelt und steht in Verbindung mit der Kommunikationsfähigkeit (Critical Incident Nr. 5). Auch in diesem Critical Incident wird erkennbar, dass die Mitarbeiter hauptsächlich mit den Bewohnern kommunizieren, wenn sie in ihre Zimmer kommen bzw. eine Pflege- oder Betreuungstätigkeit verrichten. Insofern ist hier erneut eine Verbindung zur eingeschränkten Kommunikationsfähigkeit erkennbar.

Die Fähigkeit zur Hilfeleistung wird ebenfalls im Vergleich zu T<sub>1</sub> im Zusammenhang mit einem helfenden und unterstützenden Handeln ermittelt und kennzeichnet z. B. in Sturzsituationen, dass die Mitarbeiter die „Bewohnerin ins Bett legen“ und „sie untersuchen“ bzw. ihr „das Essen reichen“ (Critical Incident Nr. 30) oder Bewohner bei der Körperpflege unterstützen und „Handtücher und Waschlappen bereitlegen“, „Waschschüssel auf den Nachtschrank stellen“ und „das Waschzeug bringen“ (Critical Incident Nr. 29).

### **Der Ausprägungsbereich der Reflexionsfähigkeit**

Der Ausprägungsbereich der Reflexionsfähigkeit umfasst ein reflektierendes Handeln, aber auch eine fehlende Reflexion der Mitarbeiter, die aus den Critical Incidents T<sub>2</sub> hergeleitet werden.

Eine Reflexion bzw. ein reflektierendes Handeln wird z. B. anhand der Angaben der Mitarbeiter, „andere Bewohner werden vernachlässigt, weil eine Bewohnerin so präsent ist“, „reflektiert, andere Bewohner gehen unter“ deutlich (Critical Incident Nr. 1). Hier kann ein „Überdenken und Hinterfragen der Arbeitssituation“ abgeleitet werden. Weiterhin wird eine Reflexion der Mitarbeiter an den Verhaltensweisen „Bewohnerverhalten reflektieren“ und „Bewohnerverhalten erklären“ erkennbar, um die Verhaltensweisen des beleidigenden Bewohners besser zu verstehen und das eigene Handeln daran auszurichten bzw. im Hinblick darauf zu organisieren (Critical Incident Nr. 18).

Schlussfolgernd kann in diesem Ausprägungsbereich ermittelt werden, dass eine Reflexionsfähigkeit vorhanden ist, wenn die Mitarbeiter ihre Arbeitsorganisation und das Verhalten der Bewohner überdenken und hinterfragen. Eine Reflexionsfähigkeit ist nicht vorhanden, wenn die Mitarbeiter das Verhalten der Bewohner und Situationen nicht überdenken und nicht hinterfragen und so z. B. „die Krankheit der Bewohnerin nicht reflektieren“, ihr „Verhalten nicht genauer hinterfragen“. Somit können sie auf das eigentliche Problem der Bewohnerin nicht reagieren, die offensichtlich aus Einsamkeit ständig klingelt und über den Verlust ihres Ehemannes sprechen möchte (Critical Incident Nr. 1).

### **Der Ausprägungsbereich der Vermittlungsfähigkeit**

Die Vermittlungsfähigkeit wird z. B. in T<sub>2</sub> auch im Zusammenhang mit sich streitenden Bewohnern ermittelt (Critical Incident Nr. 13). Die Verhaltensweisen „eingreifen“, „nachfragen“ (warum sich die Bewohner streiten), „kontern“, indem eine Mitarbeiterin „die Bewohner trennt“, „auf das Essen hinweisen“ und vorschlagen, das „Problem später

ausdiskutieren“ kennzeichnen ein schlichtendes und vermittelndes Handeln der Mitarbeiter und eine Vermittlungsfähigkeit. Dabei wird die Vermittlungsfähigkeit immer im vermittelnden Gespräch, also im Kontext der Kommunikationsfähigkeit erfasst.

### **Der Ausprägungsbereich der Team- und Kooperationsfähigkeit**

Die Team- und Kooperationsfähigkeit kennzeichnet in T<sub>2</sub> auch eine Zusammenarbeit der Mitarbeiter untereinander, die im Zusammenhang der Verhaltensweisen „Teambesprechungen durchführen“, „Absprachen treffen“ ermittelt wird. Hier kann ein kooperatives und zusammenarbeitendes Handeln abgeleitet werden (Critical Incident Nr. 6).

In der zweiten Interviewphase wird zudem deutlich, dass auch eine Teamarbeit und Kooperation zwischen den Pflegekräften und Leitungskräften sowie weiteren Berufsgruppen besteht. Die Leitung „schützt und unterstützt“ die Mitarbeiter, „akzeptiert“, dass die Mitarbeiter die „Klingel von Bewohnern ausdrücken“, sie „warten lassen“ und erst später zu ihnen gehen (Critical Incident Nr. 1).

### **Der Ausprägungsbereich der Fähigkeit zur Kooperation mit Angehörigen**

Die Fähigkeit zur Kooperation mit Angehörigen wird als neue (Handlungs-)Fähigkeit in der zweiten Erhebungsphase ermittelt und kennzeichnet eine Kooperation mit Angehörigen, die im Zusammenhang mit der Team- und Kooperationsfähigkeit steht und eine fehlende Kooperation der Mitarbeiter mit den Angehörigen, die in den Critical Incidents Nr. 1 und 8 abgeleitet wird.

Eine Fähigkeit zur Kooperation mit Angehörigen ist nicht vorhanden, wenn die Mitarbeiter nicht zu einer Kooperation und zu einer Zusammenarbeit mit den Angehörigen der Bewohner beitragen. Sie stimmten mit Angehörigen nicht ab, dass diese die Versorgung einer Bewohnerin mit Nahrungsergänzungspräparaten unterstützen und nicht dagegen arbeiten sollten, um so nicht zu einer Ablehnungshaltung der Bewohnerin beizutragen (vgl. Critical Incident Nr. 8). Weiterhin kennzeichnet eine fehlende Kooperation mit Angehörigen, dass die Mitarbeiter nicht mit den Angehörigen „zusammenarbeiten“ und ihnen vermitteln, dass der Pflegeaufwand der Bewohner tatsächlich hoch ist und sie „gemeinsam Lösungen finden“ (vgl. Critical Incident Nr. 1). Stattdessen beklagen sie sich darüber, dass die Angehörigen kein Verständnis für den Pflegeaufwand der Mitarbeiter haben. In diesem Zusammenhang wird vermutet, dass Probleme in der Zusammenarbeit der Mitarbeiter mit den Angehörigen bestehen, die möglicherweise dazu beitragen, dass das Verständnis und die Sichtweise der Angehörigen in der beschriebenen Art ausgeprägt sind.

### **Die Ausprägungsbereiche der Fähigkeit Probleme gemeinsam zu lösen und der Fähigkeit nachsichtig zu handeln**

Die Fähigkeit Probleme gemeinsam zu lösen wird in den Interviews der zweiten Erhebungsphase ebenfalls anhand eines gemeinsamen Problemlösungshandelns der Mitarbeiter hergeleitet. Dieses wird durch die Verhaltensweisen „haben wir halt überlegt“ in Besprechungen und Übergaben „Probleme besprechen“ oder „Ernährung umgestellt“ abgeleitet (Critical Incident Nr. 25). Diese Fähigkeit kennzeichnet, dass die Mitarbeiter Probleme im Team besprechen und so gemeinsam zu einer Lösung finden.

Auch in T<sub>2</sub> wird eine Fähigkeit nachsichtig zu handeln im Umgang mit dementen und beleidigenden Bewohner ermittelt. Anhand der Verhaltensweisen „nicht nachtragen“, „drüber wegsehen“, „Bewohner machen lassen“ wird ein nachsichtiges Handeln der Mitarbeiter abgeleitet, dass auf diese Fähigkeit schließen lässt (Critical Incident Nr. 18).

### **Der Ausprägungsbereich der Beziehungsfähigkeit**

Der Ausprägungsbereich der Beziehungsfähigkeit wird in den Interviews T<sub>2</sub> ermittelt, obwohl er in der Erhebungsphase T<sub>1</sub> nur durch Beobachtung festgestellt wurde. Die Beziehungsfähigkeit umfasst die Betreuung, den Aufbau und die Gestaltung von Beziehungen der Mitarbeiter mit den Bewohnern, die in den zweiten Interviews insbesondere durch die Durchführung von Beschäftigungsangeboten und eine Beschäftigung mit den Bewohnern deutlich wird. Es wird aber auch eine fehlende Beschäftigung mit den Bewohnern und somit eine fehlende Beziehungsgestaltung anhand der Interviews ermittelt.

Eine Beziehungsfähigkeit der Mitarbeiter ist vorhanden, wenn sie sich, wie in den Critical Incidents Nr. 3, 10 beschrieben, mit den Bewohnern beschäftigen und z. B. einen „Singkreis organisieren und durchführen“ und die Beziehung zum Bewohner durch die Durchführung eines Beschäftigungsangebots gestalten. Weiterhin organisieren die Mitarbeiter einen „Stuhlkreis“, „setzen die Bewohner in die Runde“, „unterhalten sich über frühere Begebenheiten“, „stimmen Lieder an“ und „singen gemeinsam“ mit den Bewohnern. Anhand dieser Verhaltensweisen wird die Beziehungsgestaltung durch Beschäftigung erkennbar, indem die Mitarbeiter im Gegensatz zu den Beobachtungen aktiv die vorhandene Zeit und Zeitkapazitäten für die Beziehungsgestaltung nutzen.

Eine Beziehungsfähigkeit ist nicht vorhanden, wenn die Mitarbeiter, wie im Critical Incident Nr. 1 deutlich wird, für die Betreuung fordernder und aufwändiger Bewohner „1-Euro-Jobber einsetzen“, die Betreuung und Beschäftigung mit den Bewohnern als „Mehraufwand“ betrachten und somit, wie bereits in den Beobachtungen festgestellt wurde, die Betreuung auf Pflegetätigkeiten reduzieren, indem sie eine „Funktionstrennung von Betreuung und Pflege“ fordern und bereits danach arbeiten. Die Mitarbeiter handeln somit gemäß ihrer Einstellung und gehen keine Beziehung zum Bewohner ein, weil der Mehraufwand der Betreuung einen Aufgabenbereich der Sozialarbeit darstellt und somit in den Verantwortungsbereich der Ergotherapeutin fällt. Diese Beziehungsfähigkeit, die den Mitarbeitern fehlt, wurde auch in den Beobachtungen ermittelt und nun durch die Interviews nochmals verstärkt. Sie kennzeichnet ein Handeln, sich nicht mit dem Bewohner zu beschäftigen sowie keine Betreuungsaufgaben zu übernehmen und durchzuführen.

Die fehlende Beziehungsfähigkeit bezieht sich im Kontext der Situation „Bewohnerin klingelt ständig (Nr. 1)“ auf eine besonders aufwändige Betreuung von Bewohnern, die laut ihrer Pflegestufe diese Leistungen nicht in Anspruch nehmen dürften. Die Mitarbeiterin kritisiert in diesem Zusammenhang auch die Finanzierungspolitik der Leitung, die eine höhere Pflegestufe beantragt, um den Betreuungsaufwand (der dann durch 1-Euro-Jobber abgedeckt wird) zu legitimieren. Allerdings trägt eine Betreuung der Bewohnerin durch 1-Euro-Jobber nicht dazu bei, die Beziehung zu den Bezugspflegekräften und den festangestellten Mitarbeitern zu verbessern. Weiterhin kann vermutet werden, dass die Mitarbeiter mit dem zusätzlichen Betreuungsaufwand und der vorherrschenden Personal- und Zeitknappheit überlastet sind. Zu dieser Überlastung kommt erschwerend dazu, dass in

der Einrichtung das Bezugspflegekonzept nicht kontinuierlich umgesetzt wird und somit die Betreuung der Bewohnerin nicht durch die Bezugspflegekräfte erfolgt, sondern durch die in der jeweiligen Schicht anwesenden Mitarbeiter.

Die Ausprägungsbereiche der Fähigkeit Wertschätzung zu vermitteln, der Fähigkeit sich zu engagieren, der Fähigkeit Bewohner nicht zu bevorzugen, der Fähigkeit zur kreativen Gestaltung, der Fähigkeit zu akzeptieren, der Fähigkeit zum Perspektivwechsel und der Assoziationsfähigkeit werden in  $T_2$  nicht ermittelt, wobei die Verhaltensweisen „akzeptieren“ der Fähigkeit zu akzeptieren unter die Fähigkeit aktivierende Pflege und Selbstpflege zu ermöglichen geordnet werden.

## 8.8 Ergebnisse der Erhebungsphase $T_2$

Nachfolgend werden die ermittelten (Handlungs-)Fähigkeiten den Kompetenzen bzw. Kompetenzbereichen zugeordnet und als Komponenten der Kompetenzen systematisiert. In Kapitel 8.8.2 wird das Kompetenzmodell der Handlungskompetenzen von Pflegekräften während der Qualitätsentwicklung vorgestellt. Daran schließt sich in Kapitel 8.9 der Datenvergleich der Erhebungsphasen  $T_1$  und  $T_2$  an.

### 8.8.1 Von (Handlungs-)Fähigkeiten zu Kompetenzen der Mitarbeiter in der Qualitätsentwicklung im vergleichenden Erhebungszeitraum $T_2$

Für eine Vergleichbarkeit der Daten und Ergebnisse der Erhebungsphasen  $T_1$  und  $T_2$  werden die hergeleiteten (Handlungs-)Fähigkeiten der Mitarbeiter im Pflegebereich als Komponenten der Kompetenzen bzw. Kompetenzbereiche systematisiert dargestellt und erläutert. Bei der Zuordnung in die Kompetenzbereiche wird analog zu den bereits analysierten Kompetenzen und Kompetenzbereichen der Interviews und Beobachtung der Erhebungsphase  $T_1$  vorgegangen (vgl. Kapitel 8.6.1). Dabei werden die Kompetenzen als Ausprägungsbereiche verstanden, die zwei Ausprägungen der (Handlungs-)Fähigkeiten aufweisen können: Fähigkeiten, über die die Mitarbeiter verfügen bzw. die vorhanden sind und Fähigkeiten, die bei den Mitarbeitern nicht vorhanden sind bzw. die ihnen fehlen.

In Anlehnung an ERPENBECK/ROSENSTIEL (2003) erfolgt die Systematisierung der (Handlungs-)Fähigkeiten in die Kompetenzbereiche der Handlungskompetenz (ebd., S. XVI) und in den neuen Kompetenzbereich Beziehungskompetenz (vgl. Kapitel 8.6.1ff.).

#### 8.8.1.1 Die Personale Kompetenz und ihre (Handlungs-)Fähigkeiten

Als Komponenten der personalen Kompetenz werden die folgenden hergeleiteten (Handlungs-)Fähigkeiten der Mitarbeiter zugeordnet.

Der Ausprägungsbereich Personale Kompetenz	Fähigkeit zur Selbstbeherrschung Distanzierungsfähigkeit Durchsetzungsfähigkeit Fähigkeit (Bewohner-/Verhalten) einzuschätzen Reflexionsfähigkeit Fähigkeit die Pflege gründlich durchzuführen
---	---

Tabelle 8-19: Ergebnis  $T_2$  Kompetenzbereich personale Kompetenz

Die Fähigkeit zur Selbstbeherrschung als Komponente der personalen Kompetenz wird in den Mitarbeiteraussagen anhand der Verhaltenskategorien „erdulden“, „sich ruhig verhalten“ und „sich beherrschen“ ermittelt. Diese (Handlungs-)Fähigkeit kann auch durch die Bewohnerinterviews bestätigt werden. Darin gibt eine Bewohnerin an, dass sich die Mitarbeiter beherrschen und sich „ausgeglichen“ im Umgang mit schwierigen Bewohnern, die häufig klingeln, verhalten. Grundsätzlich kann in den Interviews festgestellt werden, dass die Fähigkeit zur Selbstbeherrschung im Zusammenhang mit weiteren (Handlungs-)Fähigkeiten steht und somit in den folgenden Situationskontexten festgestellt wird: in Situationen mit dementen Bewohnern, mit denen die Mitarbeiter validierend und nicht disputierend umgehen, in Situationen mit unruhigen, sich streitenden Bewohnern, indem sich die Mitarbeiter selbst beruhigen und so z. B. „bis drei zählen“ und sich von den Bewohnern distanzieren oder in Ereignissen ablehnender Bewohner, die Anordnungen und Tabletten ablehnen, indem die Mitarbeiter mit den Bewohnern sprechen, aber sich auch distanzieren, weil sie die Bewohner keinesfalls „zwingen“ oder „handgreiflich“ werden dürfen. Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass die Fähigkeit zur Selbstbeherrschung im Umgang mit unangepassten und dementen Bewohnern angewendet wird. Weiterhin wird erkennbar, dass sie einerseits im Kontext der Fähigkeit Bewohner zu validieren steht und andererseits auch in einen Zusammenhang mit der Distanzierungsfähigkeit und der Fähigkeit, Individualität zu beachten gebracht werden kann.

Weiterhin wird auch die Ausprägung einer fehlenden Selbstbeherrschung und eines unbeherrschten Handelns anhand der Bewohnerinterviews festgestellt. Auf dieses unbeherrschte Handeln und damit die Herleitung einer Fähigkeit zur Selbstbeherrschung, die nicht vorhanden ist, weisen die Verhaltensweisen „scharfzüngig reden“, Bewohner „anschreien“ und sich für das Verhalten „rechtfertigen“ im Critical Incident „Bewohnerin hat Schmerzen T<sub>2</sub> (Nr. 28)“ hin. Den Grund für das Verhalten der Mitarbeiterin sieht die Bewohnerin u. a. darin, dass die Pflegekräfte überlastet sind, weil nachts stets Bewohner klingeln. Aufgrund dieser Situations- und Verhaltensbeschreibung kann angenommen werden, dass ein unbeherrschtes Handeln demnach in Situationen der zeitlichen und organisatorischen Überforderung der Mitarbeiter, wie hier im Beispiel in der Nachtschicht, zum Ausdruck kommt. Genauer gesagt, aufgrund der häufigen Forderungen vieler Bewohner, die abends noch eine Schmerztablette verlangen oder einen Wunsch äußern, gerät die Mitarbeiterin unter Druck, ihre Arbeit nicht zu schaffen und handelt unbeherrscht.

Die Distanzierungsfähigkeit wird insbesondere im Umgang mit fordernden, verwirrten, diktierenden, beleidigenden Bewohnern festgestellt und kennzeichnet eine Fähigkeit der Mitarbeiter, sich von bestimmten Personen abzugrenzen bzw. Abstand zu nehmen. Die Distanzierungsfähigkeit wird anhand eines distanzierenden Handelns deutlich, das die Verhaltenskategorien „resignieren“, „ignorieren“, „zurückziehen und schützen“ und „sich wehren“ beschreiben.

Ein resignierendes Handeln wird von den Mitarbeitern angewendet, um mit dem ablehnenden Verhalten der Bewohner umgehen zu können, und stellt eine Form des Verarbeitens der Bewohnercharaktere dar. Die Bewohner verweigern Anordnungen, die Einnahme von Tabletten oder auch ihr Zimmer zu verlassen. Die Verhaltensweisen „ignorieren“ äußern sich darin, dass die Mitarbeiter nicht mehr mit den beleidigenden oder diktieren-



den Bewohnern sprechen und sich somit emotional von ihnen distanzieren. Ein sich zurückziehendes und schützendes Handeln (sich „vor Anspucken schützen“ und „zur Seite gehen“ sowie „sich vor der Arbeit drücken“) kennzeichnet eine räumliche Distanzierung.

Ein sich wehrendes Verhalten, den Bewohner „im Gespräch zurechtzuweisen“, zu „kontern“ und seine „Meinung mitzuteilen“, deutet auf ein sich abgrenzendes Handeln, da die Mitarbeiter Abstand von den Äußerungen der Bewohner nehmen und sich kommunikativ wehren. Dieses Handeln ist von Bedeutung, da sich die Mitarbeiter zu Recht gegen Beschimpfungen der Bewohner wehren dürfen, wenn ihr Verhalten die Beziehungsgestaltung stört und nicht auf dementielle Erkrankungen zurückführbar ist. Die Mitarbeiter äußern ebenfalls ein sich wehrendes Verhalten, indem sie den Bewohnern Vorwürfe machen, ihnen ihr Verhalten anlasten und sie davon überzeugen, dass sie sich unangemessen verhalten. Bei diesen Verhaltensweisen ist auch eine fehlende Reflexion zu vermuten, da die Mitarbeiter das Verhalten der Bewohner nicht hinterfragen oder ergründen, sondern ihnen ihr Verhalten zum Vorwurf machen.

Die Distanzierungsfähigkeit mit ihren genannten Aspekten stellt eine mögliche Kompensation zum Selbstschutz der Mitarbeiter dar, um schwierige und anstrengende Situationen zu bewältigen. Die Mitarbeiter müssen sich stets beherrschen und sich den Bewohnern gegenüber freundlich verhalten, wobei die Verhaltensweisen „resignieren“, „ignorieren“, „sich zurückziehen und schützen“ und „sich wehren“ als notwendige individuelle Handlungsweisen ermittelt werden, um möglicherweise einem „Burn-out-Syndrom“ oder „Überreagieren“ vorzubeugen.

Die Durchsetzungsfähigkeit kennzeichnet ein Handeln, sich durchzusetzen und die geplanten Tätigkeiten der Mitarbeiter durchzuführen. Sie wird im Umgang mit fordernden, diktierenden, und beleidigenden Bewohnern ermittelt. In der Arbeit mit Bewohnern ist eine Durchsetzungsfähigkeit häufig notwendig, um die Pflegehandlungen auch im Hinblick auf die Verantwortungspflicht und Aufsichtspflicht, die die Mitarbeiter für die Bewohner übernehmen, durchzusetzen. In den Interviews der Erhebung T<sub>1</sub> wird die Durchsetzungsfähigkeit eher mit Fähigkeiten, sich in Bewohner einzufühlen und hineinzusetzen sowie sich flexibel an die Bewohner anzupassen, um ihre Vorstellungen und Wünsche durchzusetzen, in Zusammenhang gebracht. Sie verfolgt aber dennoch, wie in den Interviews T<sub>2</sub> deutlich wird, ein machtorientiertes Verhalten, sich gegen den Widerstand der Bewohner durchzusetzen. Dabei kann auch eine Verbindung der Durchsetzungsfähigkeit mit den stereotypen Bewohnerbildern (vgl. 8.6.2.2) ermittelt werden: Die Mitarbeiter betrachten die Bewohner als erziehbare und unmündige Personen, die ihnen durch ihre Eigensinnigkeit und Unangepasstheit die Arbeit erschweren, weil sie ihre Meinungen mitteilen und Wünsche äußern.

Die Fähigkeit (Bewohner-/Verhalten) einzuschätzen, beschreibt ein Handeln der Mitarbeiter, das Verhalten der Bewohner einzuschätzen. Diese Fähigkeit umfasst im Sinne einer „Bewertung“, die Bewohner und Situationen zu beurteilen und reflexiv einzuschätzen, um mit ihnen angemessen umgehen zu können (vgl. FRÖHLICH 2004, S. 96). In T<sub>2</sub> schätzt eine Mitarbeiterin das Verhalten einer Bewohnerin ein, indem sie das Verhalten der unruhigen Bewohnerin zunächst erkennt und dann beurteilt, um die Bewohnerin daraufhin in ihr Zimmer zu begleiten, da die Bewohnerin ihre Ruhe haben möchte.

Eine Reflexionsfähigkeit umfasst ein reflektierendes Handeln der Mitarbeiter, dass durch ein Überdenken der Arbeitssituation, ein Nachdenken über den Bewohner und sein Verhalten sowie ein Hinterfragen des Verhaltens der Bewohner gekennzeichnet ist. Diese (Handlungs-)Fähigkeit wird im Kontext verschiedener Situationen festgestellt, wobei die Mitarbeiter die Verhaltensweisen von Bewohnern im Hinblick auf zukünftige Handlungen „überdenken“ und sie hinterfragen, beispielsweise warum Bewohner ständig und wiederholt klingeln, warum Bewohner die Mitarbeiter beleidigen (vgl. FRÖHLICH 2004, S. 373). Ein „Überdenken der Arbeitsorganisation“ bezieht sich z. B. darauf, ein Vertrauen zu den Bewohnern herzustellen das für die Beziehungsgestaltung von demenzten Bewohner besonders wichtig ist. Das benötigt sehr viel Zeit und Organisationsaufwand, um beispielsweise demente Bewohner an neue Mitarbeiter zu gewöhnen. Weiterhin wird auch der Pflegeaufwand reflektiert: Ein häufiges Klingeln von Bewohnern und die Aufwendungen für diese Bewohner führen dazu, dass andere Bewohner, die z. B. im Sterben liegen und auch Hilfe benötigen, benachteiligt werden und ihnen somit nicht so viel Aufmerksamkeit zuteil wird.

Findet ein Überdenken und Hinterfragen von Situationen und Verhaltensweisen von Bewohnern nicht statt, wird eine fehlende Reflexion erkennbar. In diesen Zusammenhang reflektieren die Mitarbeiter das Verhalten der Bewohner und Situationen nicht und hinterfragen so z. B. die Krankheit der Bewohnerin nicht. Sie können somit auf das eigentliche Problem der Bewohnerin nicht reagieren (Critical Incident „Bewohnerin klingelt ständig Nr. 1“). Dabei ist zu bemerken, dass sich die Mitarbeiter Gedanken machen, warum sich die Bewohnerin so verhält und unter anderem angeben, dass sie klingelt, um ihnen etwas mitzuteilen oder dass sie Aufmerksamkeit bekommen möchte. Jedoch reflektieren und hinterfragen die Mitarbeiter nicht, dass die Bewohnerin offensichtlich aus Einsamkeit ständig klingelt und über den Verlust ihres Ehemannes sprechen und getröstet werden möchte. Die Bewohnerin selbst erklärt zudem, an Parkinson erkrankt zu sein. Diese Krankheit könnte eine Ursache für ihre unkoordinierten Bewegungen und das ständige Klingeln darstellen, da sie die Unterstützung der Pflegekräfte benötigt, um sich z. B. ins Bett zu legen. Scheinbar sind die Mitarbeiter einfach mit der besonderen Betreuungssituation der Bewohnerin überfordert, weil dafür in der täglichen Pflege und Tagesorganisation keine Zeit vorgesehen und geplant ist und aufgrund von drei tätigen Pflegekräften im Frühdienst möglicherweise auch nicht vorhanden ist.

Die Fähigkeit der Mitarbeiter, die Pflege gründlich durchzuführen wird nur in den Bewohnerinterviews abgeleitet. Dabei handelt es sich um Verhaltensweisen des „gründlichen und vorbildlichen Säubers“ der Bewohner nach dem Toilettengang. In den Schilderungen der Bewohnerin wird in diesem Situationskontext eine fehlende Fähigkeit, die Intimsphäre der Bewohner zu beachten festgestellt. Das lässt eine Vermutung zu, dass die Mitarbeiter aus Bedacht auf eine besonders „gründliche“ Pflege und „gewissenhafte“ Arbeit, den Bewohner und die Pflegesituation nicht wahrnehmen und sich nicht einfühlen und hineinversetzen. Dies könnte eine Ursache für ein Abstumpfen der Mitarbeiter und ein Missachten bzw. Verletzen der Intimsphäre und Intimitätsgrenzen darstellen.

Die Fähigkeit der Mitarbeiter, die Pflege gründlich durchzuführen wird der personalen Kompetenz zugeordnet, da sie als eine Moralvorstellung oder Grundeinstellung der Mitarbeiter verstanden werden kann, die sie selbst entwickelten. ERPENBECK/ROSENSTIEL

(2003) schreiben der personalen Kompetenz u. a. zu, Werte, Moralvorstellungen, Selbstbilder und Motive zu entwickeln und eigene Talente, Motivationen und Grundeinstellungen zu schaffen (vgl. ebd., S. XVI).

### 8.8.1.2 Die Sozial-kommunikative Kompetenz und ihre (Handlungs-) Fähigkeiten

Die nachstehenden (Handlungs-)Fähigkeiten werden als Komponenten der sozial-kommunikativen Kompetenz zugeordnet.

Der Ausprägungsbereich Sozial-kommunikative Kompetenz	Fähigkeit Probleme gemeinsam zu lösen Fähigkeit in Interaktion zu treten Team- und Kooperationsfähigkeit Fähigkeit zur Kooperation mit Angehörigen Fähigkeit mit Kritik umzugehen Vermittlungsfähigkeit Fähigkeit zu integrieren Fähigkeit zur Hilfeleistung Fähigkeit zu motivieren Kommunikationsfähigkeit Fähigkeit zu überzeugen Fähigkeit abzulenken Fähigkeit zu beruhigen Fähigkeit zum Zuhören
---	---

Tabelle 8-20: Ergebnis T<sub>2</sub> Kompetenzbereich Sozial-kommunikative Kompetenz

Ein gemeinsames Problemlösungshandeln, um Probleme im Team zu lösen und dabei kommunikative Fähigkeiten sowie Denkprozesse und Verhaltensweisen anzuwenden, um einen Weg zu finden, Aufgaben zu lösen (vgl. FUCHS ET AL. 1988, S. 592), kennzeichnen die Fähigkeit Probleme gemeinsam zu lösen. Diese (Handlungs-)Fähigkeit wird in Situationen festgestellt, in denen pflegerische und zwischenmenschliche Probleme von Bewohnern im Mittelpunkt stehen, wie Schmerzen, der Gesundheitszustand von Bewohnern oder Streit zwischen Bewohnern. Die Fähigkeit Probleme gemeinsam zu lösen, charakterisiert die Problemlösung bei pflegerischen Problemen, wie z. B. bei einem Bewohner, der eine Tablettenunverträglichkeit aufweist, aber starken Durchfall hat. Die Mitarbeiter lösen das Problem in Teamgesprächen und durch eine alternative Ernährungsumstellung. Diese (Handlungs-)Fähigkeit steht demzufolge mit der Kommunikationsfähigkeit sowie Team- und Kooperationsfähigkeit in Verbindung.

Die Fähigkeit in Interaktion zu treten als Komponente der sozial-kommunikativen Kompetenz beschreibt ein Handeln der Mitarbeiter, mit anderen Personen in Kontakt zu treten. Dieses Handeln, das durch Kommunikation und Interaktion gekennzeichnet ist, schließt einen wechselseitigen Kontakt mit anderen Personen ein, der durch Kommunikation vermittelt wird und zu einer gegenseitigen Beeinflussung der Einstellungen, Erwartungen und Handlungen der Personen führt (vgl. auch FUCHS ET AL. 1988, S. 352). Diese (Handlungs-)Fähigkeit wird in den Critical Incidents der Mitarbeiter und Bewohner ermittelt und kennzeichnet ein Handeln, z. B. zu Bewohnern ins Zimmer zu gehen, mit Bewohnern ins Gespräch zu kommen, zu regieren, wenn die Bewohner klingeln, und mögliche Probleme der Bewohner im Gespräch zu klären.

Ein kooperatives Zusammenarbeiten der Mitarbeiter sowie eine Kooperation mit anderen Personen zur Lösung eines Problems oder einer Aufgabe, beschreibt die Team- und Kooperationsfähigkeit (vgl. FUCHS ET AL. 1988, S. 427). Diese (Handlungs-)Fähigkeit wird in den Interviews der Experten und Mitarbeiter ermittelt und kennzeichnet z. B. eine Zusammenarbeit der Mitarbeiter im Team, die durch Absprachen im Umgang mit schwierigen Bewohnern deutlich wird. Weiterhin zeichnet eine Zusammenarbeit mit Partnern (Ärzte, der Bewohner, Service- und Küchenpersonal) ebenfalls die Team- und Kooperationsfähigkeit der Mitarbeiter aus. Diese Personen werden meist in bewohner- und problembezogenen Gesprächen kontaktiert und in die Klärung von Schwierigkeiten beispielsweise im Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme oder Bestellung von Ergänzungsnahrung von Bewohnern einbezogen. Einen bedeutsamen Aspekt stellt die Zusammenarbeit der Mitarbeiter mit den Leitungskräften dar, die sich für die Probleme der Mitarbeiter einsetzen und diese mitverantworten: Die Leitung schützt und unterstützt die Mitarbeiter sowie akzeptiert, dass die Mitarbeiter die Klingel von Bewohnern ausdrücken, sie warten lassen und erst später zu ihnen gehen (vgl. Critical Incident „Bewohnerin klingelt ständig Nr. 1“).

Eine Fähigkeit zur Kooperation mit Angehörigen, kennzeichnet eine Kooperation mit Angehörigen, die im Zusammenhang mit den Critical Incidents „Bewohnerin klingelt ständig (Nr. 1)“ und „Bewohnerin möchte nicht mehr essen und trinken (Nr. 8) ermittelt wird. In diesen Critical Incidents wird jedoch eine fehlende Kooperation der Mitarbeiter mit den Angehörigen deutlich und somit hergeleitet, dass den Mitarbeitern die Fähigkeit zur Kooperation mit Angehörigen fehlt. Die Ausprägung einer nicht vorhandenen Kooperation bezieht sich insbesondere auf den Aspekt der Angehörigenarbeit. In den genannten Critical Incidents wird eine schwierige kooperative Zusammenarbeit mit den Angehörigen der Bewohner geschildert, die möglicherweise auf einer eingeschränkten Kommunikation und einem fehlenden Einbezug der Angehörigen in die Problemlösung basiert. Vermutlich liegen die Gründe für die Herleitung einer fehlenden Fähigkeit zur Kooperation mit Angehörigen im undiplomatischen Umgang der Mitarbeiter mit den Angehörigen oder auch im Selbstverständnis der Mitarbeiter von ihrer Arbeit, die von den Angehörigen nicht anerkannt wird.

Ein Handeln der Mitarbeiter, mit Kritik umzugehen und Kritik anzunehmen, indem sie einen Sachverhalt prüfen und bewerten, beschreibt die Fähigkeit mit Kritik umzugehen. Die Verhaltenskategorie „Kritik beurteilen“ kennzeichnet ein Verhalten der Mitarbeiter, die Kritik zunächst zu beurteilen, um sie anzunehmen und so z. B. in Beschwerdefällen erst „beide Seiten zu hören“, die Bewohner mit der Beschwerde an die betreffende Kollegin zu verweisen und „in der Dokumentation nachzulesen“.

Um in Streit- und Konfliktsituationen durch Kommunikation zu vermitteln, bedarf es einer Vermittlungsfähigkeit der Mitarbeiter. Dabei erfolgt die Lösung des Konfliktes durch Mediation, indem bei den Interessen der Betroffenen angesetzt wird und der Mitarbeiter die Rolle des Mediators, d. h. eine Vermittlungsposition einnimmt (vgl. FUCHS ET AL. 1988, S. 649, 404). Die Mitarbeiter greifen in Streitsituationen ein und schlichten Streitereien zwischen Bewohnern, indem sie die Bewohner durch schlichtende und aufklärende Gespräche zur Beilegung des Disputs überzeugen. Dabei wird eine Beendigung eines

Streits auch durch Tätigkeiten, wie die streitenden Bewohner räumlich zu trennen oder die Diskussion über den Streitfaktor zu verschieben erreicht.

Andere Personen (Bewohner) in die Gemeinschaft und den Alltag einzugliedern bzw. zu integrieren, bezeichnet die Fähigkeit zu integrieren. Diese (Handlungs-)Fähigkeit befähigt die Mitarbeiter, Bewohner in die Abläufe des Pflegeheims und die Gemeinschaft einzubeziehen. Das setzt voraus, dass die Pflegekräfte mit den Bewohnern kommunizieren und eine Beziehung zu ihnen aufbauen. Die Fähigkeit zu integrieren stellt eine notwendige (Handlungs-)Fähigkeit für die Beziehungsgestaltung zum Bewohner dar, indem die Mitarbeiter versuchen die Bewohner auch im Hinblick auf ihre Selbständigkeit durch das Übertragen von Aufgaben einzubeziehen.

Hilfebedürftigen Personen zu helfen und diese zu unterstützen, vor dem Hintergrund, ihr Wohlbefinden zu beachten und zu fördern, kennzeichnet die Fähigkeit zur Hilfeleistung (vgl. FRÖHLICH 2004, S. 223). Diese (Handlungs-)Fähigkeit wird in den alltäglichen Handlungen der Mitarbeiter in den Bewohner- und Mitarbeiterinterviews ermittelt. Sie beschreibt insbesondere Handlungen zur Hilfestellungen beim „zu Bett bringen“ und aus dem Bett helfen, Hilfestellungen in Form von Begleitungen in die Räumlichkeiten der Bewohner sowie Serviceleistungen, wie das Essen ins Zimmer bringen. Im Kontext der Critical Incidents „Mitarbeiter unterstützen und geben Hilfestellung (Nr. 29)“ werden ebenfalls unterstützende Handlungen der Mitarbeiter bei der Körperpflege von den Bewohnern geschildert. Die Bewohner sehen in der Fähigkeit zur Hilfeleistung eine (Handlungs-)Fähigkeit der Mitarbeiter, die sie zur täglichen Lebensführung und Unterstützung benötigen und fordern. Dabei kristallisiert sich aus den Angaben der Bewohner heraus, dass die Mitarbeiter den Bewohnern einerseits ohne Aufforderung helfen, z. B. bei der Körperpflege, aber andererseits auch mit Aufforderung, z. B. wenn ein Bewohner klingelt und eine Hilfestellung beim „ins Bett legen“ benötigt. Diese Komponente der sozial-kommunikativen Kompetenz ist mit der (Handlungs-)Fähigkeit zur Wahrnehmung verknüpft, da diese notwendig ist, um beispielsweise die Hilfsbedürftigkeit in einer Situation zu erkennen, um die Bewohner zu unterstützen.

Die Fähigkeit zu motivieren kennzeichnet ein kommunikatives Handeln im Umgang mit anderen Personen, um bei ihnen eine zielgerichtete Motivation zu erzeugen und sie zu einem bestimmten Verhalten oder Handeln zu aktivieren (vgl. FRÖHLICH 2004, S. 148). Aus diesem Grund wird diese Fähigkeit der sozial-kommunikativen Kompetenz zugeordnet. Sie wird somit nicht als eine mit dem Selbst der Person verknüpfte Motivationsfähigkeit verstanden, wie bei GREIF/KURTZ (1996, S. 145) nachzulesen ist. Die (Handlungs-)Fähigkeit der Mitarbeiter, Bewohner zu motivieren wird in allen Interviewgruppen (Mitarbeiter, Experten und Bewohner) hergeleitet. Dabei handelt es sich hauptsächlich um Situationen zur Motivation unzufriedener oder dankbarer Bewohner sowie um Critical Incidents zur Hilfestellung/Unterstützung sowie zur Aktivierung und Mobilisation der Bewohner. Die Mitarbeiter motivieren die Bewohner, indem sie beispielsweise einer unzufriedenen Bewohnerin, die ihr Zimmer nicht verlassen möchte, vorschlagen ein Bad zu nehmen oder Bewohnern die Vorteile der Benutzung eines Gehbänkchens erklären.

Die Kommunikationsfähigkeit beschreibt eine Fähigkeit, Informationen und emotionale Gehalte zu übertragen, mitzuteilen und sich gegenseitig auszutauschen (vgl. FUCHS ET AL. 1988, S. 397f.). Dabei wird die Kommunikationsfähigkeit in den Critical Incidents der Mitarbeiter und Bewohner ermittelt und durch Verhaltensweisen, mit anderen Menschen Gespräche und Unterhaltungen zu führen charakterisiert. In den Bewohnerinterviews wird außerdem deutlich, dass es oftmals nur kurze Gespräche sind, einige Worte, die die Mitarbeiter mit den Bewohnern sprechen. In den Mitarbeiterinterviews wird der bereits in der Analyse der Interviews T<sub>1</sub> angesprochene Aspekt des Zeitmangels offensichtlich, der sich auf die Kommunikation auswirkt: Die Mitarbeiter sprechen überwiegend während der Pflege mit den Bewohnern oder wenn sie im Zimmer des Bewohners Tätigkeiten ausführen (vgl. dazu eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit).

Auch in der Analyse der zweiten Interviews werden als besondere Formen der Kommunikationsfähigkeit, die Fähigkeit zu überzeugen, die Fähigkeit abzulenken, die Fähigkeit zu beruhigen sowie die Fähigkeit zum Zuhören ermittelt. Die Fähigkeit abzulenken beschreibt das Führen von Gesprächen, indem z. B. mit unzufriedenen Bewohnern (die sich beschweren, keine Schmerzmittel erhalten zu haben) kommuniziert wird, um sie von anderen Handlungen und Verhaltensweisen abzulenken, beispielsweise davon, sich eine Unzufriedenheit hineinzusteigern. Die Fähigkeit abzulenken wird von den Mitarbeitern aus Gründen des Zeitmangels angewendet, da sie keine Zeit für vertiefende Gespräche haben (vgl. Critical Incident Nr. 17).

Die Fähigkeit zu beruhigen beschreibt ein Handeln, andere Personen durch Kommunikation und Zuwendung bzw. einführendes Verhalten zu beruhigen. Sie wird in Situationen mit unangepassten, streitenden, beleidigenden, unruhigen und sich beschwerenden Bewohnern angewendet. Diese Form der Kommunikationsfähigkeit kennzeichnet folgendes Verhalten: ein „beruhigendes Einreden“ auf Bewohner, Bewohner in ihren Problemschilderungen „zu bestätigen“ oder ihnen zu „versichern“, sich um sie zu kümmern. Die Fähigkeit zu beruhigen wird ebenfalls im Zusammenhang mit der Fähigkeit Bewohner zu validieren bei dementen oder unruhigen Bewohnern ermittelt.

Die Fähigkeit zum Zuhören wird von ARNOLD ET AL. (2004) auch als „Kommunikationsmethode“ bezeichnet, um sich mit anderen Personen effektiver auseinandersetzen zu können (vgl. ebd., S. 34). In den Interviews der zweiten Erhebungsphase wird die Fähigkeit zum Zuhören durch die Verhaltensweisen „zuhören“ und „trösten“ im Umgang mit depressiven Bewohnern ermittelt.

Die Fähigkeit zu überzeugen kennzeichnet, eine Veränderung der Einstellungen anderer Personen durch überzeugende Kommunikation zu erreichen (vgl. FUCHS ET AL. 1988, S. 92). Mit dieser Fähigkeit verfolgen die Mitarbeiter insbesondere in Situationen beleidigender oder ständig klingelnder Bewohner die Absichten, die Bewohner von ihrem unangepassten Verhalten zu überzeugen und zur Einsicht zu bewegen sowie die Bewohner zu überzeugen, sich an der Pflege zu beteiligen. Dabei handelt es sich um eine Kommunikationsfähigkeit, die auf erklärende Gespräche ausgerichtet ist. Wenn diese Gespräche nicht zielführend sind, erfolgt eine „Überzeugung“ auch, indem sich die Mitarbeiter wehren und Bewohner zurechtweisen oder auch, indem sie die Bewohner ignorieren (vgl. Distanzierungsfähigkeit).

Eine Fähigkeit zu überzeugen ist nicht vorhanden, wenn die Mitarbeiter die Bewohner in Gesprächen z. B. nicht davon überzeugen können, die Anordnungen des Arztes anzunehmen, sondern stattdessen die Ablehnung dokumentieren und die Anordnungen nicht durchführen (Critical Incident T<sub>2</sub> Nr. 26). Dabei kennzeichnet eine fehlende Überzeugung, dass die Mitarbeiter z. B. nicht fähig sind, fordernde und unangepasste Bewohner durch Kommunikation und überzeugende Gespräche zur Einsicht oder Änderung von Verhaltensweisen zu bewegen. Möglicherweise sind in einigen dieser Critical Incidents (z. B. „Bewohnerin klingelt ständig Nr. 1) auch andere Fähigkeiten der Mitarbeiter, wie eine zusätzliche Betreuung oder eine Fähigkeit zum Zuhören und Einfühlen erforderlich, um die Bewohnerin zu überzeugen.

Generell kann festgestellt werden, dass in allen Critical Incidents eine Kommunikation in den erläuterten unterschiedlichen Formen und Ausprägungen ermittelt wird. Auch in den Interviews der zweiten Erhebungsphase stehen häufig beschreibende und erklärende Handlungen der Mitarbeiter im Mittelpunkt. In den Critical Incidents der Bewohner kann z. B. festgestellt werden, dass die Kommunikationsfähigkeit insbesondere durch tägliche Gespräche und Unterhaltungen und durch die Fähigkeit zu motivieren und zu überzeugen charakterisiert ist, jedoch auch hier immer im Kontext einer konkreten Handlung am Bewohner und vornehmlich während unterstützender und pflegender Tätigkeiten.

### 8.8.1.3 Die Beziehungskompetenz und ihre (Handlungs-)Fähigkeiten

Der Beziehungskompetenz werden die folgenden die (Handlungs-)Fähigkeiten zugeordnet.

Der Ausprägungsbereich Beziehungskompetenz	Fähigkeit fürsorglich zu handeln Fähigkeit Zuwendung auszudrücken Fähigkeit Interesse zu bekunden Fähigkeit zur Wahrnehmung Fähigkeit sich in andere einzufühlen und hineinzusetzen Fähigkeit verantwortlich zu handeln Fähigkeit Vertrauen herzustellen Fähigkeit nachsichtig zu handeln Beziehungsfähigkeit eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit
---	---

Tabelle 8-21: Ergebnis T<sub>2</sub> Kompetenzbereich Beziehungskompetenz

Die Fähigkeit fürsorglich zu handeln kennzeichnet ein besorgtes und fürsorgliches Verhalten der Mitarbeiter im Umgang mit den Bewohnern. Es ist z. B. an den Verhaltensweisen erkennbar, „sich um die Probleme zu kümmern“, „Bewohner ausweinen zu lassen“, „ihnen zuzuhören“ und sich für sie „Zeit zu nehmen“. Die Fähigkeit fürsorglich zu handeln kann in den Critical Incidents der Mitarbeiter und Bewohner ermittelt werden. Ein fürsorgliches Handeln besteht z. B. darin, dass sich die Mitarbeiter bemühen, die Bewohnerin zu motivieren, die ihr Zimmer nicht verlassen möchten, indem sie ihr das Essen ins Zimmer bringen oder indem sich die Mitarbeiter „kümmern“ und auf Beschwerden und Probleme der Bewohner durch „Zuhören“, „Bestätigen“ und „Weitergeben des Problems“ an die Leitung reagieren (z. B. in der Situation einer blinden Bewohnerin, die allein am Waschbecken stehen gelassen wurde und sich ohne Anleitung und Hilfestellung waschen musste).

Die Fähigkeit Zuwendung auszudrücken bezeichnet ein freundliches und liebevolles Verhalten, das einer Person entgegengebracht wird (vgl. FUCHS ET AL. 1988, S. 886). Die Zuwendung wird vermittelt, indem die Mitarbeiter ihre Empfindungen durch „streicheln“, „drücken“ oder „in Gesprächen“ mitteilen. In den Interviews der zweiten Erhebungsphase wird diese Fähigkeit nur an einer Bewohneraussage ermittelt. Dabei handelt es sich um das „Drücken“ im Sinne von Umarmen, das als Ausdruck der Zuwendung von einer Bewohnerin im Zusammenhang mit der Begleitung ins Bett geschildert wurde.

Ein Handeln der Mitarbeiter, Interesse für die Bewohner und ihre Verlieben zu zeigen und ihre Aufmerksamkeit und Gedanken auf die Bewohner auszurichten, um sich mit ihnen auseinanderzusetzen (vgl. FUCHS ET AL. 1988, S. 356), kennzeichnet die Fähigkeit Interesse zu bekunden. Sie wird in den Critical Incidents der Mitarbeiter und Bewohner ermittelt. Diese Fähigkeit wird anhand der Verhaltensweisen „Vorlieben und Gewohnheiten der Bewohner zu kennen“ und in der Pflege „zu berücksichtigen“ hergeleitet. Diese Komponente der Beziehungskompetenz stellt eine wichtige (Handlungs-)Fähigkeit dar, den Bewohnern im Pflegealltag mit Wahrnehmung und Wertschätzung zu begegnen.

Die Fähigkeit zur Wahrnehmung beschreibt die Aufnahme und Interpretation von Informationen über Zustände und Verhaltensweisen anderer Personen und erfolgt über die Sinnesorgane sowie durch Interaktion und Kommunikation (vgl. KALLER 2001, S. 464; FUCHS ET AL. 1988, S. 849). Ein wahrnehmendes Handeln besteht darin, Situationen im Umgang mit Bewohnern und deren Verhaltensweisen zu „bemerken“, zu „hören“ und zu „beobachten“. Die Fähigkeit zur Wahrnehmung wird in den Critical Incidents der Mitarbeiter, Bewohner und Experten ermittelt und stellt eine (Handlungs-)Fähigkeit dar, beispielsweise in Gesprächssituationen wahrzunehmen, ob der Bewohner ein Gespräch während der Pflege wünscht oder Anzeichen von Atemnot bei einer Bewohnerin zu beobachten und zu hören. Das Wahrnehmen durch „Hören“ bezieht sich auch auf ein gezieltes Hinhören und Anhören von Geräuschen der Bewohner.

Eine Fähigkeit zur Wahrnehmung anderer Personen, deren Verhaltensweisen und von Situationen ist nicht vorhanden, wenn die Mitarbeiter Bewohner nicht als Individuen wahrnehmen (vgl. Critical Incident „Toilettenbegleitung Nr. 27“) nicht wahrnehmen, dass sie die Intimsphäre der Bewohnerin verletzen, weil sie wartend neben ihr stehen, während diese die Toilette benutzt.

Die Fähigkeit sich in andere einzufühlen und hineinzusetzen umfasst ein einführendes Handeln, indem sich die Mitarbeiter in die Bewohner und die damit verbundenen Situationen hineinversetzen und sich mit ihnen identifizieren, um ihre Gefühle und Verhaltensweisen zu verstehen (vgl. FUCHS ET AL. 1988, S. 178). Diese (Handlungs-)Fähigkeit wird nur in den Situationsbeschreibungen der Mitarbeiter ermittelt. Einzelne Handlungen eines einführenden Verhaltens der Mitarbeiter beschreiben z. B. das „Eingehen“ auf Gewohnheiten der Bewohner oder das „Einfühlen“ durch ruhige und validierende Gespräche. Weiterhin charakterisiert diese Fähigkeit ein einfühlsames „Herausfinden“ und sich „Hineinversetzen“ in das Schmerzempfinden der Bewohner sowie Bewohnern „zuzuhören“, sie „erzählen zu lassen“ und sie „zu trösten“.



Eine fehlende Fähigkeit sich in andere einzufühlen und hineinzusetzen wird im Zusammenhang mit einem „rauen und unsanften“ Pflegehandeln (Critical Incident Nr. 4) erkennbar. Sie kennzeichnet, sich nicht in Personen und ihre Empfindungen einzufühlen sowie sich in Pflegesituationen nicht hineinzusetzen. Eine fehlende Einfühlung beschreibt ebenfalls neben dem Bewohner zu warten und aufzupassen, während dieser die Toilette benutzt und die Intimsphäre der Person zu verletzen (vgl. Fähigkeit Intimsphäre zu beachten und Critical Incident Nr. 27). Die Bewohnerin nennt als eine mögliche Ursache für das Verhalten der Mitarbeiterin die „gründliche“ und „vorbildliche“ Durchführung der pflegerischen Aufgaben. Eine Erklärung für dieses Verhalten könnte einerseits in der routinierten Durchführung der Tätigkeiten liegen: die Mitarbeiter führen die Pflege und die Hilfestellung beim Toilettengang als alltägliche und natürliche Handlungen durch. Andererseits wird diese Natürlichkeit dadurch beeinträchtigt, dass die Mitarbeiter dabei abstumpfen und Intimitätsgrenzen, vor allem die (Scham)Gefühle der Bewohnerin, nicht (mehr) beachten.

Ein verantwortliches Handeln der Mitarbeiter im Umgang mit den Bewohnern kennzeichnet die Fähigkeit verantwortlich zu handeln. Dabei übernehmen die Mitarbeiter eine Verantwortung für abhängige Bewohner und handeln in diesem Zusammenhang verantwortlich und überlegt, indem sie z. B. kontrollieren und nachsehen, ob kein Verhalten oder Ereignis der Bewohner zu erwarten ist, das von den Regeln oder Erwartungen der Mitarbeiter abweicht (vgl. auch FRÖHLICH 2004, S. 271). Die Mitarbeiter schauen z. B. nach den Bewohnern, wenn diese klingeln und überprüfen die Dokumentation auf die Vergabe von Schmerzmedikamente. Die Fähigkeit verantwortlich zu handeln charakterisiert auch ein vorausschauendes Handeln (vgl. Planungs- und Organisationsfähigkeit), indem die Mitarbeiter einem Bewohner die Fernbedienung (für die Höhenverstellung des Bettes) wegnehmen, um Stürzen aus dem Bett vorzubeugen.

Ein Vertrauen zu den Bewohnern aufzubauen und einen vertrauten kommunikativen Austausch mit den Bewohnern zu pflegen, beschreibt die Fähigkeit Vertrauen herzustellen. Diese Fähigkeit ist dadurch gekennzeichnet, dass die Mitarbeiter z. B. das Vertrauen dementer Bewohner gewinnen, um sie zu pflegen und von ihnen akzeptiert zu werden. Diese (Handlungs-)Fähigkeit ist für die Pflege, Betreuung und Beziehungsgestaltung mit den Bewohnern von Bedeutung und wird durch das Pflegekonzept der Bezugspflege mitbestimmt.

Die Fähigkeit nachsichtig zu handeln charakterisiert eine (Handlungs-)Fähigkeit der Mitarbeiter, sich in Situationskontexten mit schimpfenden und beleidigenden, verwirrten und dementen Bewohnern nachsichtig und nicht nachtragend zu verhalten. Dabei besteht ein nachsichtiges Handeln der Mitarbeiter darin, die Äußerungen dementer Bewohner nicht wertend zu behandeln, den Bewohnern zu verzeihen und Beschimpfungen zu vergessen sowie ihr eignes Handeln vor dem Hintergrund der Krankheit der Bewohner zu reflektieren.

Die Beziehungsfähigkeit umfasst die Betreuung, die Beschäftigung, den Aufbau und die Gestaltung von Beziehungen der Mitarbeiter mit den Bewohnern. Dieses Handeln enthält, sich mit den Bewohnern zu beschäftigen mit ihnen zu spielen, zu kommunizieren und den Alltag mit ihnen gemeinsam zu gestalten und zu leben – unabhängig von den durchzufüh-

renden medizinischen und pflegerischen Tätigkeiten. In den zweiten Interviews werden insbesondere die Durchführung von Beschäftigungsangeboten und eine Beschäftigung mit den Bewohnern in den Experten- und Mitarbeiterinterviews deutlich (vgl. z. B. „Pflege durch Schüler geleistet, Nr. 3“ und „Pflegekräfte organisieren Beschäftigung, Nr. 10“). Anhand der folgenden Verhaltensweisen wird die Beziehungsgestaltung durch Beschäftigung erkennbar: die Mitarbeiter nutzen (im Gegensatz zu den Beobachtungen) aktiv die vorhandene Zeit und Zeitkapazitäten für die Beziehungsgestaltung. Sie führen z. B. einen Singkreis durch, organisieren einen Stuhlkreis, unterhalten sich mit den Bewohnern über frühere Begebenheiten und singen gemeinsam.

Eine Beziehungsfähigkeit ist nicht vorhanden, wenn die Mitarbeiter, wie im Critical Incident „Bewohnerin klingelt ständig Nr. 1“ deutlich wird, für die Betreuung fordernder und aufwändiger Bewohner „1-Euro-Jobber einsetzen“, die Betreuung und Beschäftigung mit den Bewohnern als „Mehraufwand“ betrachten und somit die Betreuung auf Pflegetätigkeiten reduzieren, indem sie eine „Funktionstrennung von Betreuung und Pflege“ fordern und danach arbeiten. Die Mitarbeiter gehen somit keine Beziehung zum Bewohner ein, weil der Mehraufwand der Betreuung einen Aufgabenbereich der Sozialarbeit darstellt und somit in den Verantwortungsbereich der Ergotherapeutin fällt.

Es entsteht der Eindruck, dass die Mitarbeiter mit der erhöhten Betreuungssituation und der vorherrschenden Personal- und Zeitknappheit überfordert sind. Diese Annahme wird durch das nicht konsequent umgesetzte Bezugspflegekonzept verstärkt. Die Mitarbeiter pflegen noch mehrheitlich funktional und können demnach die Betreuungs- und Bezugsaufgaben ihrer Bewohnergruppe nicht in allen Punkten realisieren. Insofern kann davon ausgegangen werden, dass der Ausprägungsbereich einer Beziehungsfähigkeit auch durch das Management beeinflusst wird. Dieser Aspekt wird auch darin deutlich, dass eine Mitarbeiterin im Zusammenhang mit diesem Critical Incident die Finanzierungspolitik der Leitung kritisiert: Sie beantragt eine höhere Pflegestufe, um den Betreuungsaufwand zu legitimieren, der durch 1-Euro-Jobber abgedeckt werden soll. Allerdings trägt eine Betreuung der Bewohnerin durch 1-Euro-Jobber nicht dazu bei, die Beziehung zu den Bezugspflegekräften und den festangestellten Mitarbeitern zu verbessern, sondern führt eher zu einer Verlagerung des Problems.

Eine eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit kennzeichnet eine Kommunikation der Mitarbeiter mit den Bewohnern, die nur während der Pflegemaßnahmen stattfindet, und eine geringe Kommunikation mit Bewohnern im Alltag. In den Interviews T<sub>2</sub> deuten die Verhaltensweisen „wenig mit dem bettlägerigen Bewohner kommunizieren“, weil er allein im Zimmer lag, „während der Pflege mit Bewohnern sprechen“, „viel reden, wenn wir ins Zimmer kommen“ auf eine eingeschränkte Kommunikation (vgl. z. B. Critical Incidents Nr. 25, Nr. 19, Nr. 21, Nr. 29). Grundsätzlich stellt die eingeschränkte Kommunikation ein Hindernis in der Beziehungsgestaltung zum Bewohner dar, da die Interaktion und eine „gelebte“ Beziehung mit den Bewohnern wesentlich durch Kommunikation erfolgt und aufrechterhalten wird.

Die Ausprägung eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit wird in den Interviews T<sub>2</sub> insbesondere darin deutlich, dass die Mitarbeiter angeben, häufig nur die Möglichkeit zu haben, sich im Zimmer mit den Bewohnern bei der direkten Durchführung der Pflege-

handlungen zu unterhalten. Aus diesem Grund nutzen sie diese Situationen vermutlich auch intensiver, da sie angeben viel mit den Bewohnern im Zimmer zu sprechen, sich aber nicht ständig für Gespräche dort aufhalten zu können, da auch noch andere Bewohner versorgt werden müssen.

In den Bewohnerinterviews wird weiterhin die Kommunikation im Zusammenhang mit dementen Bewohnern sichtbar. Eine Vermutung liegt nahe anzunehmen, dass ein Zusammenhang der eingeschränkten Kommunikationsfähigkeit mit fehlenden (Handlungs-)Fähigkeiten zum Umgang mit dementen Menschen existiert. Demnach fehlen den Mitarbeitern Fähigkeiten zur Beziehungs- und Alltagsgestaltung mit dementen und verwirrten Bewohnern und zur Kommunikation und Aktivierung dieser Bewohner.

#### 8.8.1.4 Die Fachlich-methodische Kompetenz und ihre (Handlungs-)Fähigkeiten

Nachfolgende werden die Fähigkeiten (Fach)Wissen anzuwenden und weitere (Handlungs-)Fähigkeiten vorgestellt, die Komponenten dieses Kompetenzbereichs beschreiben.

Der Ausprägungsbereich Fachlich-methodische Kompetenz	Fähigkeit medizinisches und pflegerisches Wissen anzuwenden Fähigkeit zur Dokumentation Fähigkeit Bewohner zu mobilisieren Fähigkeit Bewohner zur Mobilisation anzuleiten Fähigkeit Körperpflege durchzuführen Fähigkeit Bewohner zu validieren Fähigkeit zum Essenreichen Fähigkeit an- und auszukleiden Fähigkeit aktivierende Pflege und Selbstpflege zu ermöglichen Fähigkeit Intimsphäre zu beachten Fähigkeit Individualität zu beachten Planungs- und Organisationsfähigkeit Flexibilität und Anpassungsfähigkeit
---	--

Tabelle 8-22: Ergebnis T<sub>2</sub> Kompetenzbereich Fachlich-methodische Kompetenz

Aus der Analyse der Interviews der zweiten Erhebungsphase werden folgende Fähigkeiten, Fachwissen anzuwenden ermittelt.

Die Fähigkeit medizinisches und pflegerisches Wissen anzuwenden kennzeichnet das Durchführen von medizinischen und pflegerischen Handlungen, wie z. B. die Bewohner nach einem Sturz auf Verletzungen zu untersuchen oder die fachliche Einschätzung und Entscheidung der Mitarbeiter, einen Arzt zu konsultieren, wenn bei Bewohnern Erkrankungen der Blase vermutet werden oder mögliche Hautveränderungen zu erkennen sind. Dabei wird in die Handlungen Fachwissen einbezogen, um vorausschauend mögliche Probleme oder Verschlechterungen abzuschätzen (vgl. Critical Incident „Pflege durch Schüler geleistet Nr. 3“, „Bewohnerin stürzt Nr. 30“, „Mitarbeiter deckt Krankheit beim Bewohner Nr. 20“).

Die Fähigkeit zur Dokumentation wird insbesondere in Verbindung mit Situationsbeschreibungen im Umgang mit unangepassten und dementen Bewohnern abgeleitet. Sie kennzeichnet das Dokumentieren von Verhaltensweisen oder Entscheidungen der Bewohner, wenn die Mitarbeiter die Bewohner nicht überzeugen können, die Anordnung des

Arztes zu befolgen oder zu essen. Die Fähigkeit zur Dokumentation dient demnach insbesondere als rechtliche Absicherung der Mitarbeiter. Die Dokumentation beeinflusst eine Entscheidung der Bewohner nicht, aber scheint das Gewissen der Mitarbeiter zu beruhigen, wenn keine alternative Lösung gefunden werden konnte.

Die Fähigkeit, Körperpflege durchzuführen bezeichnet die Durchführung der Körperpflege der Bewohner, wie z. B. waschen, baden, duschen, Haar- und Gesichtspflege. Sie wird in den Critical Incidents „Körperpflege (Nr. 19)“ und „Mitarbeiter unterstützen und geben Hilfestellung (Nr. 29)“ analysiert. Dabei schildern die Bewohner, dass die Mitarbeiter sie bei der Körperpflege unterstützen und z. B. nur die Füße oder Haare waschen, weil die Bewohner sich weitestgehend selbständig pflegen können.

Die Fähigkeit, Bewohner zu mobilisieren wird in Situationen der Aktivierung und Mobilisation von Bewohnern ermittelt. Sie umfasst eine Mobilisation und Aktivierung der Bewohner, z. B. allein mit dem Gehbänkchen zu laufen.

Die Fähigkeit Bewohner zur Mobilisation anzuleiten stellt eine kommunikative (Handlungs-)Fähigkeit dar. Es werden Verhaltensweisen wie „Ansagen“, „Mitteilen“ und „Vorzeigen“ von Pflegetätigkeiten angewendet, um Bewohner zum Aufstehen zu bewegen, sie im Bett zu mobilisieren und die Pflegemaßnahmen zu begleiten. Die Fähigkeit Bewohner zur Mobilisation anzuleiten verhilft dazu, Verwirrungen bei dementen Bewohnern zu vermeiden, die Pflegehandlungen nicht verstehen und einschätzen können. Sie steht in Zusammenhang mit der Fähigkeit aktivierende Pflege und Selbstpflege zu ermöglichen, um Bewohner durch Anleitung zur Eigenständigkeit zu aktivieren.

Die Fähigkeit zum Essenreichen beschreibt die Anwendung von Fachwissen zum Umgang mit dem Reichen von Speisen und Getränken bei Bewohnern. Diese Fähigkeit wird in den Bewohnerinterviews in der Situation „Mitarbeiter unterstützen und geben Hilfestellung (Nr. 29)“ festgestellt.

Die Fähigkeit an- und auszukleiden umfasst das An- und Auskleiden der Bewohner. Sie wird ausschließlich in den Bewohnerinterviews und im Zusammenhang mit Situationsbeschreibungen zur Unterstützung und Hilfestellung bei der Pflege ermittelt. Die Bewohner schildern, dass sie von den Mitarbeitern z. B. beim Anziehen und Ausziehen unterstützt werden. Diese Fähigkeit wird auch mit der Fähigkeit, Körperpflege durchzuführen und der Fähigkeit, Individualität zu beachten verknüpft.

Eine Fähigkeit aktivierende Pflege und Selbstpflege zu ermöglichen kennzeichnet, den Bewohnern eine gewisse Selbständigkeit zuzugestehen und ihnen zu ermöglichen sowie sie anzuleiten, Pflegetätigkeiten selbst durchzuführen. Sie wird insbesondere in Situationen der Körperpflege, bei der Unterstützung und Hilfestellung sowie im Zusammenhang mit der Aktivierung und Mobilisation von Bewohnern festgestellt. Dabei handelt es sich auch um die Fähigkeit Bewohner durch Gedächtnisübungen, Singkreise und Erzählungen zu aktivieren, sich zu erinnern (vgl. Critical Incident Nr. 10).

Die Fähigkeit Individualität zu beachten kennzeichnet, Bewohner selbstbestimmt entscheiden und handeln zu lassen, sie nicht zu zwingen die Körperpflege durchzuführen und ihnen Handlungen ermöglichen, die ihre Individualität unterstützen. Diese Fähigkeit wird in den Situationsbeschreibungen unzufriedener, ablehnender und dementer Bewohner sowie im Zusammenhang mit der Körperpflege in den Critical Incidents der Mitarbeiter und Bewohner ermittelt. Z. B. werden die Bewohner nicht gezwungen, eine ärztliche Anordnung anzunehmen und die Bewohner werden mit dem Namen angesprochen, wenn sie geweckt und begrüßt werden. Eine weitere Verhaltensweise, die die Fähigkeit Individualität zu beachten beschreibt, ist ebenfalls in der Beachtung individueller Gewohnheiten zu sehen: z. B. berücksichtigen die Mitarbeiter Essgewohnheiten von Bewohnern. Die Bewohner beschreiben in den Interviews, dass sie ihre Kleidung selbst aussuchen und diese für den Folgetag und die morgendliche Pflege bereitgelegt wird.

Die Fähigkeit Bewohner zu validieren wird durch ein validierendes Handeln gekennzeichnet und im pflegerischen Alltag insbesondere im Umgang mit dementen und verwirrten Bewohnern ermittelt. Dabei handelt es sich um eine validierende Kommunikation mit dementen Menschen, die aufgrund ihres Krankheitsbildes z. B. ihr Zimmer nicht finden, ihre Kleidung nicht erkennen oder die Mitarbeiter für Verwandte halten. Die Fähigkeit Bewohner zu validieren steht in Verbindung mit der Kommunikationsfähigkeit, der Fähigkeit zum Zuhören sowie der Fähigkeit sich in andere einzufühlen und hineinzusetzen.

Eine Fähigkeit Bewohner zu validieren ist nicht vorhanden, wenn sich Mitarbeiter im Umgang mit dementen Bewohnern z. B. „aufregen“, weil sich die Bewohnerin eine Tüte über den Kopf zog, anstatt sich einzufühlen, ruhig mit ihr zusprechen und ihr mitzuteilen, dass sie das Haarnetz verwechselte (Critical Incident Nr. 24). Die fehlende Validation kann möglicherweise auf die Überforderung der Mitarbeiterin in diesem Ereignis zurückgeführt werden. Vermutlich konnte die Mitarbeiterin die Situation nicht überblicken und einschätzen und reagierte dann entsprechend vorwurfsvoll. Denkbar wäre aber auch, dass der Mitarbeiterin tatsächlich Fachwissen zum Umgang und zur Kommunikation mit dementen Bewohnern fehlt.

Eine Fähigkeit Intimsphäre zu beachten, enthält ein Handeln, der Intimsphäre der Bewohner während der Körperpflege und der Toilettenbenutzung Aufmerksamkeit zu schenken und sie zu schützen. Die Fähigkeit die Intimsphäre der Bewohner zu beachten wird ausschließlich in einer Situation zur Aufdeckung einer Krankheit bei einer Bewohnerin (Critical Incident Nr. 20) analysiert. Dabei gibt die Mitarbeiterin an, die Bewohnerin beim Toilettengang allein zu lassen. Die Mitarbeiterin schildert, dass sie im Rahmen ihrer Handlungen auch wahrnimmt, dass sich die Bewohnerin möglicherweise „schämen“ könnte und berücksichtigt diesen Aspekt bei der Pflege.

Auf eine nicht vorhandene Fähigkeit, die Intimsphäre der Bewohner zu beachten, weisen insbesondere die Verhaltensweisen hin, der Intimität der Bewohner keine Beachtung zu schenken, sie nicht wahrzunehmen und sich nicht in die Bewohner und Pflegesituationen einzufühlen und hineinzusetzen und dabei die Intimsphäre der Bewohner zu verletzen (vgl. Critical Incident Nr. 27). An dieser Stelle wird bereits erkennbar wird, dass in diesem Bereich keine Veränderung gegenüber den Ergebnissen der Erhebung T<sub>1</sub> vorliegt. Die

Missachtung der Intimsphäre und die fehlende Fähigkeit die Intimsphäre der Bewohner zu beachten steht in Verbindung mit einer fehlenden Wahrnehmung und Einfühlung in die Situation und den Bewohner.

Anhand dieses Critical Incidents wird deutlich, dass die Mitarbeiter die Intimsphäre der Bewohnerin missachten und Intimitätsgrenzen überschreiten. Wie bereits erläutert, sind die Pflegekräfte möglicherweise besonders auf die Gründlichkeit der Ausführung ihrer Arbeit bedacht, um Fehler zu vermeiden und nehmen aus diesen Gründen die Intimität und die Verletzung der Intimsphäre nicht wahr. Vermutlich sind sie bereits so abgestumpft, dass sie die Intimitätsgrenzen und vor allem die individuelle Person und ihre Gefühle in dieser intimen Situation des Toilettengangs auch schlicht „übersehen“.

Die Planungs- und Organisationsfähigkeit kennzeichnet ein planendes, organisierendes und vorausschauendes Handeln im Zusammenhang mit Durchführung von Pflegeleistungen. Dabei handelt es sich beispielsweise um Situationsbeschreibungen zum Umgang mit diktierenden, ständig klingelnden oder dementen Bewohnern und um Situationen zur Körperpflege und zur Unterstützung der Bewohner. Die Mitarbeiter handeln vorausschauend planend und organisierend, indem sie für eine Bewohnerin Ergänzungsnahrung in Probepackungen bestellen, damit diese die Geschmacksrichtungen ausprobieren kann. Weiterhin organisieren die Mitarbeiter Beschäftigungsangebote für und mit den Bewohnern, weil sie entstandene Zeitkapazitäten spontan nutzen. Der Dienstplan wird von den Mitarbeitern nach Bewohnerbedürfnissen und -vorlieben ausgerichtet, um zu gewährleisten, dass eine demente Bewohnerin immer von einem Mitarbeiter geduscht werden kann, dem sie vertraut (vgl. Critical Incident Nr. 19, 3, 8).

In den Bewohnerinterviews wird ebenfalls der strukturelle Aspekt Planungs- und Organisationsfähigkeit deutlich. Die Mitarbeiter können die Bewohner teilweise nur bei freien Kapazitäten beim Essenreichen unterstützen. Demnach erläutert eine Bewohnerin, dass sie gegebenenfalls warten und allein essen muss, wenn zu wenige Pflegekräfte im Dienst eingeteilt sind (vgl. Critical Incident Nr. 30). An diesen Darstellungen wird auch erkennbar, dass die Planung und Organisation und damit auch die Arbeitsorganisation begrenzt sind und auch von der Anzahl der Mitarbeiter im Dienst abhängen. Sofern die Bewohner auf Unterstützung bei den alltäglichen Handlungen angewiesen sind und nur drei Mitarbeiter im Frühdienst für 30 Bewohner eingeteilt werden, kann die Organisation und Planung der Pflege noch so flexibel und bewohnerangepasst erfolgen, es bleibt nicht aus, dass Bewohner warten müssen, bis die Mitarbeiter ihnen die Kleidung anziehen oder ihnen beim Essenreichen helfen.

Die Flexibilität und Anpassungsfähigkeit beschreibt ein flexibles Anpassungshandeln, sich an den Bewohner und seine Verhaltensweisen und auf die Kommunikation dementer Bewohner sowie an die Arbeitsorganisation anzupassen. Sie wird in Situationen zum Umgang mit dementen und verwirrten, aber auch mit unzufriedenen Bewohnern analysiert. Die Mitarbeiter passen sich flexibel auf Wünsche von Bewohner an und organisieren einzelne Tätigkeiten oder die geplante Arbeitsorganisation nach den Bedürfnissen der Bewohner um. So werden z. B. zusätzliche Servicearbeiten ausgeführt und Mahlzeiten ins Zimmer der Bewohner gebracht, weil sie nicht in der Gemeinschaft, sondern allein im Zimmer essen wollen. Die Flexibilität und Anpassungsfähigkeit charakterisiert auch,

Tätigkeiten zu verschieben und z. B. das Essenreichen zu beenden, weil der Bewohner nichts essen möchte, es ihm aber später nochmals aufzuwärmen (vgl. Critical Incident Nr. 9).

Grundsätzlich stehen die Flexibilität und Anpassungsfähigkeit und die Planungs- und Organisationsfähigkeit immer in Verbindung. Beide Handlungsfähigkeiten erfordern einerseits eine durchorganisierte Planung der Pflege aber andererseits auch eine flexible und spontane Neuplanung und Umorganisation, um auf unvorhergesehene Situationen reagieren zu können.

### **8.8.2 Das Kompetenzmodell der Handlungskompetenzen von Pflegekräften während der Qualitätsentwicklung**

Im Hinblick auf ein eventuell zu erkennendes Muster bei der Analyse der Ausprägung nicht vorhandener (Handlungs-)Fähigkeiten in spezifischen Situationen kann zusammenfassend folgendes Ergebnis festgestellt werden. Ausgehend von den Situationsbeschreibungen werden sechs Kategorien von Situationen mit Bewohnern (und Mitarbeitern) erkennbar in deren Kontext ein Großteil der (Handlungs-)Fähigkeiten und Kompetenzen ermittelt werden:

- ~ der Umgang mit unangepassten Bewohnern
- ~ der Umgang mit dementen Bewohnern
- ~ der Umgang mit dankbaren und zufriedenen Bewohnern
- ~ der Umgang mit Bewohnern in fachpflegerischen, unterstützenden Situationen
- ~ die Betreuung und Beschäftigung im Umgang mit Bewohnern
- ~ der Umgang mit Partnern

Die Gruppe der unangepassten Bewohner umfassen dabei die Critical Incidents mit beleidigenden, bestimmenden, diktierenden, unzufriedenen, sich beschwerenden, unruhigen und sich streitenden Bewohnern sowie ständig klingelnden Bewohnern und Bewohnern, die Anordnungen ablehnen.

Die Kategorie zum Umgang mit Bewohnern in fachpflegerischen, unterstützenden Situationen umfasst den Umgang mit Bewohnern zur Aktivierung und Mobilisation, den Umgang mit Bewohnern zur Hilfestellung und Unterstützung sowie den Umgang mit Bewohnern in intimen Situationen und pflegerisch-medizinische Behandlungen.

Die Ausprägungen der Fähigkeit zur Selbstbeherrschung der personalen Kompetenz zeigen sich im Kontext unangepasster aber auch dementer Bewohner, wobei ein unbeherrschtes Handeln auch im Zusammenhang mit einer zeitlichen- und organisatorischen Überforderung der Mitarbeiter feststellbar wird.

Die Durchsetzungsfähigkeit und Distanzierungsfähigkeit werden auch im Umgang mit unangepassten Bewohnern und im Umgang mit dementen Bewohnern ermittelt, wobei die Durchsetzungsfähigkeit auch in Situationen erkennbar wird, in denen sich Mitarbeiter im Umgang mit unangepassten Bewohnern überfordert fühlen. Die Ausprägungen der Reflexionsfähigkeit können in der Kategorie unangepasste Bewohner festgestellt werden.

Warum ein Großteil der personalen Kompetenzen im Zusammenhang mit diesen drei Bewohnergruppen ermittelt wird, kann darauf zurückgeführt werden, dass diese (Handlungs-)Fähigkeiten erst im Verhalten und in Handlungen mit eigenwilligen und unangepassten Bewohnern sichtbar werden. Bei angepassten, zufriedenen und freundlichen Bewohnern muss die Pflegekraft seltener Verhaltensweisen anwenden, um die Pflege durchzusetzen, um sich gegen Beleidigungen von Bewohnern zu wehren oder um sich zu distanzieren, indem Bewohner ignoriert werden oder die Mitarbeiter resignieren.

Die Sozial-kommunikative Kompetenz in den Ausprägungen der Team- und Kooperationsfähigkeit und der nicht vorhandenen Fähigkeit zur Kooperation mit Angehörigen werden in den Kategorien unangepasster Bewohner und im Umgang mit Partnern ermittelt. Hier wird erkennbar, dass in Situationen, die schwieriger bzw. aufwändiger sind, auch Partner und Kollegen hinzugezogen werden, um die Problemlösung zu unterstützen.

Die Ausprägungen spezifischer Formen der Kommunikationsfähigkeit (Fähigkeit zu motivieren, zu überzeugen, abzulenken und zu beruhigen) werden insbesondere im Umgang mit unangepassten Bewohnern und in fachpflegerischen, unterstützenden Situationen ermittelt, wobei die Fähigkeit zu motivieren auch im Zusammenhang mit dankbaren und zufriedenen Bewohnern festgestellt wird. Dieses Ergebnis kann damit begründet werden, dass in Situationen mit unangepassten Bewohnern häufig zunächst kommunizierend versucht wird, diese zu überzeugen, zu beruhigen oder zu motivieren, ehe der Mitarbeiter (Handlungs-)Fähigkeiten der personalen Kompetenz angewendet.

Die Fähigkeit Probleme gemeinsam zu lösen und die Vermittlungsfähigkeit werden in Situationen zum Umgang mit unangepassten Bewohnern, aber auch im Zusammenhang mit fachpflegerischen und unterstützenden Situationen ermittelt. Dieses Ergebnis lässt sich mit den Situationskontexten begründen, danach werden Einschätzungen und Problemlösungen erst in schwierigen Situationen gebraucht, z. B. bei streitenden Bewohnern oder bei pflegerischen Problemen.

Die Beziehungskompetenz und ihre Ausprägungen der Beziehungsfähigkeit, der Fähigkeit, sich in andere einzufühlen und hineinzuversetzen und der eingeschränkten Kommunikationsfähigkeit zeigen sich insbesondere in Situationen der Betreuung und Beschäftigung mit Bewohnern und auch im Umgang mit Bewohnern in fachpflegerischen, unterstützenden Situationen. Die Beziehungsfähigkeit beispielsweise, wird durch die Beschäftigung mit Spielen und Musik gekennzeichnet, wohingegen die Ausprägung einer nicht vorhandenen Beziehungsfähigkeit auch im Zusammenhang mit einer Trennung von Betreuung und Pflege erkennbar wird. Die Einschränkung der Kommunikation auf Pflege Tätigkeiten wird insbesondere in den fachpflegerischen und unterstützenden Situationen deutlich, in denen die Mitarbeiter angeben, häufig mit Bewohnern zu kommunizieren, aber die Gespräche und Unterhaltungen finden überwiegend während der Pflegehandlungen im Zimmer der Bewohner statt.

Auffallend ist, dass zum Umgang mit unangepassten und dementen Bewohnern im Bereich der Beziehungskompetenz die Fähigkeit nachsichtig zu handeln analysiert wurde. Dieses Ergebnis deutet daraufhin, dass nachsichtiges Verhalten in schwierigen Situationen oder bei dementen Bewohnern häufiger angewendet wird, da diese (Handlungs-)Fähigkeiten für



einen fachgerechten Umgang mit dementen Bewohnern offenbar wichtig sind. Eine fehlende Einfühlung und fehlende Wahrnehmung werden in fachpflegerischen und unterstützenden Situationen analysiert. In diesen Situationen handelt es sich um Verhaltensweisen im Umgang mit Bewohnern in intimen Situationen. Hierbei wird erkennbar, dass die Mitarbeiter die Intimsphäre der Bewohner nicht wahrnehmen und sich nicht in die Bewohner und in die Pflegesituation einfühlen.

Die Ausprägungen der fachlich-methodischen Kompetenz, insbesondere die Fähigkeit zu validieren oder die Fähigkeit Intimsphäre zu beachten, werden im Zusammenhang von Situationen zum Umgang mit dementen Bewohnern und in fachpflegerischen und unterstützenden Situationen ermittelt. Als Begründung scheint hierfür nahe liegend, dass diese Fähigkeiten im Zusammenhang mit Situationsbeschreibungen zu fachpflegerischen Verhaltensweisen, zur Aktivierung, zur Mobilisation und der Körperpflege oder im Zusammenhang mit medizinischen Behandlungen beschrieben werden.

Die Planungs- und Organisationsfähigkeit aber auch die Flexibilität und Anpassungsfähigkeit werden in ähnlicher Weise im Umgang mit dementen und unangepassten Bewohnern festgestellt. Die Gründe dafür liegen vermutlich darin, dass die (Handlungs-)Fähigkeiten Flexibilität und Anpassung für eine fachkompetente Pflege dementer Bewohner wichtig sind, um auf unvorhersehbare Zwischenfälle oder Verhaltensweisen verwirrter Bewohner, einerseits flexibel reagieren zu können, und andererseits auch Arbeitsabläufe spontan umorganisieren zu können.

Dementsprechend wird, wie in der Analyse der Erhebungsphase T<sub>1</sub>, auch in der Analyse der Erhebungsphase T<sub>2</sub> deutlich, dass die (Handlungs-)Fähigkeiten der Mitarbeiter immer aus einem situativen Handlungskontext abgeleitet werden. Offensichtlich werden ebenfalls die Zusammenhangsbeziehungen der Kompetenzen untereinander. Dieser Aspekt zeigt sich auch in der Schwierigkeit, die ermittelten Kompetenzen zweifelsfrei den jeweiligen Kompetenzbereichen zuzuordnen. Aus diesem Grund erweist sich die Klassifizierung der (Handlungs-)Fähigkeiten unter Verwendung der Kompetenzbereiche der Handlungskompetenz (personale, fachlich-methodische, sozial-kommunikative Kompetenz und dem neu festgelegten Kompetenzbereich Beziehungskompetenz) als geeignet.

In der folgenden Abbildung 8-3 werden die ermittelten Kompetenzen und (Handlungs-)Fähigkeiten von Altenpflegekräften modellhaft dargestellt.

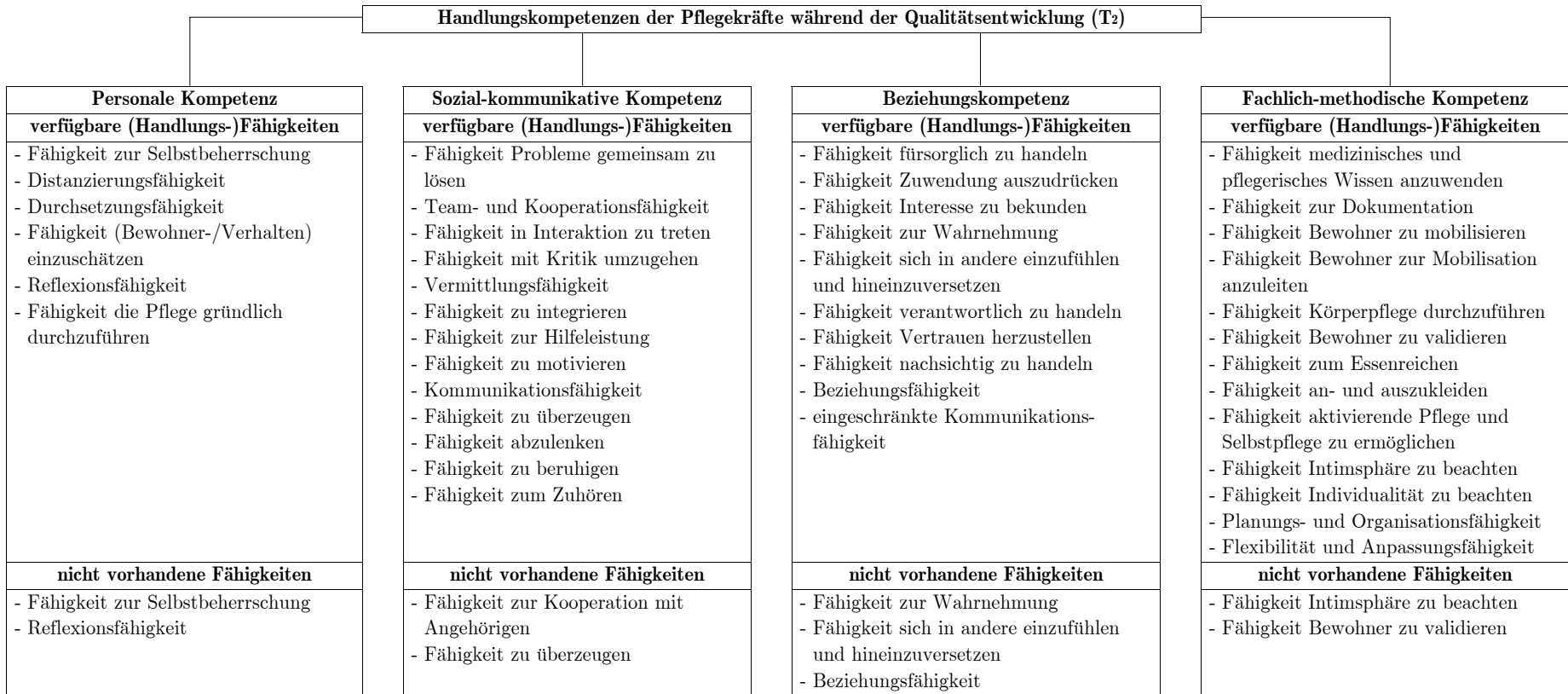


Abbildung 8-3: Kompetenzmodell Handlungskompetenzen der Pflegekräfte während der Qualitätsentwicklung (Erhebungsphase T<sub>2</sub>)

## 8.9 Vergleich der Kompetenzen Erhebungsphasen T<sub>1</sub> und T<sub>2</sub>

Für die Analyse von Veränderungen im Hinblick auf eine Entwicklung und Erweiterung von Kompetenzen der Mitarbeiter werden die Ergebnisse ((Handlungs-)Fähigkeiten und Kompetenzen) beider Erhebungsphasen T<sub>1</sub> und T<sub>2</sub> verglichen. Als Grundlage für den Vergleich können nur die Interviews beider Erhebungsphasen herangezogen werden, da die in der Erhebungsphase T<sub>2</sub> für August 2006 geplante Beobachtung nicht durchgeführt wurde. Zu den Gründen für diese Entscheidung vgl. Kapitel 8.4. Demzufolge bleiben die Ergebnisse der Beobachtung T<sub>1</sub> von November 2006 für den Vergleich der Kompetenzen unberücksichtigt. Eine Zusammenfassung zum Vergleich der Daten aus den Interviews und der Beobachtung T<sub>1</sub> erfolgte in Kapitel 8.6ff.

Für die Sicherstellung plausibler Ergebnisse werden nur die Aussagen und Ergebnisse aus den Interviews der Mitarbeiter T<sub>1</sub> in den Vergleich der Kompetenzen herangezogen, die auch in der zweiten Interviewphase interviewt wurden. Demzufolge bilden 46 Interviews (jeweils 23 Interviews aus T<sub>1</sub> und T<sub>2</sub>) die Datengrundlage für den Vergleich der Kompetenzen. Dabei werden die Interviews mit den Mitarbeitern aus T<sub>1</sub> selektiert, die in T<sub>2</sub> nicht mehr in der Einrichtung beschäftigt waren bzw. kein Interview durchführen wollten. Weiterhin werden die Bewohner selektiert, die bei der Befragung in T<sub>2</sub> bereits verstorben sind. Auf Basis dieser Vorüberlegungen werden der Vergleich und die Bewertung der Ergebnisse in den Kapiteln 9.1 und 9.2 aufgezeigt.

In der anknüpfenden Tabelle 8-23 werden die Kompetenzen gegenübergestellt, die die Grundlage für den sich anschließenden Datenvergleich, die Ergebnisdarstellung und Interpretation der Veränderungen, Entwicklungen und Erweiterungen von Kompetenzen der Pflegekräfte im Kontext der Qualitätsentwicklung bilden. Die markierten ((Handlungs-)Fähigkeiten kennzeichnen prägnante Veränderungen bzw. Entwicklungen in den Kompetenzbereichen, die durch mehrere Critical Incidents und Interviewaussagen belegbar sind. Dabei werden in den folgenden Ausführungen besonders akzentuierte Aussagen hervorgehoben, die den Erkenntnisgewinn der Arbeit, konkretisiert anhand der Thesen in Kapitel 10, fokussieren.

Datenvergleich der Interviews: Kompetenzen der Pflegekräfte T <sub>1</sub>		Datenvergleich der Interviews: Kompetenzen der Pflegekräfte T <sub>2</sub>	
Der Ausprägungsbereich Personale Kompetenz		Der Ausprägungsbereich Personale Kompetenz	
Ausprägungsbereiche der (Handlungs-) Fähigkeiten	<p>Fähigkeit zur Selbstbeherrschung</p> <p>Distanzierungsfähigkeit</p> <p>Durchsetzungsfähigkeit</p> <p>Fähigkeit (Bewohner-/Verhalten) einzuschätzen</p> <p>Reflexionsfähigkeit</p> <p>Fähigkeit zur kreativen Gestaltung</p> <p>Assoziationsfähigkeit</p> <p>Fähigkeit zum Perspektivwechsel</p>	Ausprägungsbereiche der (Handlungs-) Fähigkeiten	<p><b>Fähigkeit zur Selbstbeherrschung</b></p> <p><b>Distanzierungsfähigkeit</b></p> <p><b>Durchsetzungsfähigkeit</b></p> <p>Fähigkeit (Bewohner-/Verhalten) einzuschätzen</p> <p><b>Reflexionsfähigkeit</b></p> <p><b>Fähigkeit die Pflege gründlich durchzuführen</b></p>
Der Ausprägungsbereich Sozial-kommunikative Kompetenz		Der Ausprägungsbereich Sozial-kommunikative Kompetenz	
Ausprägungsbereiche der (Handlungs-) Fähigkeiten	<p>Fähigkeit Probleme gemeinsam zu lösen</p> <p>Team- und Kooperationsfähigkeit</p> <p>Fähigkeit in Interaktion zu treten</p> <p>Fähigkeit mit Kritik umzugehen</p> <p>Vermittlungsfähigkeit</p> <p>Fähigkeit zu integrieren</p> <p>Fähigkeit zur Hilfeleistung</p> <p>Fähigkeit sich zu engagieren</p> <p>Fähigkeit zu motivieren</p> <p>Kommunikationsfähigkeit</p> <p>Fähigkeit zu überzeugen</p> <p>Fähigkeit abzulenken</p> <p>Fähigkeit zu beruhigen</p> <p>Fähigkeit zum Zuhören</p>	Ausprägungsbereiche der (Handlungs-) Fähigkeiten	<p>Fähigkeit Probleme gemeinsam zu lösen</p> <p><b>Team- und Kooperationsfähigkeit</b></p> <p><b>Fähigkeit zur Kooperation mit Angehörigen</b></p> <p>Fähigkeit in Interaktion zu treten</p> <p>Fähigkeit mit Kritik umzugehen</p> <p>Vermittlungsfähigkeit</p> <p>Fähigkeit zu integrieren</p> <p>Fähigkeit zur Hilfeleistung</p> <p>Fähigkeit zu motivieren</p> <p>Kommunikationsfähigkeit</p> <p>Fähigkeit zu überzeugen</p> <p>Fähigkeit abzulenken</p> <p>Fähigkeit zu beruhigen</p> <p>Fähigkeit zum Zuhören</p>

Der Ausprägungsbereich Beziehungskompetenz		Der Ausprägungsbereich Beziehungskompetenz	
Ausprägungsbereiche der (Handlungs-) Fähigkeiten	Fähigkeit fürsorglich zu handeln Fähigkeit Zuwendung auszudrücken Fähigkeit Interesse zu bekunden Fähigkeit zur Wahrnehmung Fähigkeit sich in andere einzufühlen und hineinzusetzen Fähigkeit Wertschätzung zu vermitteln Fähigkeit verantwortlich zu handeln Fähigkeit Vertrauen herzustellen Fähigkeit nachsichtig zu handeln Fähigkeit Bewohner nicht zu bevorzugen Fähigkeit zu akzeptieren	Ausprägungsbereiche der (Handlungs-) Fähigkeiten	Fähigkeit fürsorglich zu handeln Fähigkeit Zuwendung auszudrücken Fähigkeit Interesse zu bekunden <b>Fähigkeit zur Wahrnehmung</b> <b>Fähigkeit sich in andere einzufühlen und hineinzusetzen</b> Fähigkeit verantwortlich zu handeln Fähigkeit Vertrauen herzustellen Fähigkeit nachsichtig zu handeln <b>Beziehungsfähigkeit</b> <b>eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit</b>
Der Ausprägungsbereich Fachlich-methodische Kompetenz		Der Ausprägungsbereich Fachlich-methodische Kompetenz	
Ausprägungsbereiche der (Handlungs-) Fähigkeiten	Fähigkeit medizinisches und pflegerisches Wissen anzuwenden Fähigkeit zur Dokumentation Fähigkeit Bewohner zu mobilisieren Fähigkeit Bewohner zur Mobilisation anzuleiten Fähigkeit Körperpflege durchzuführen Fähigkeit Bewohner zu validieren Planungs- und Organisationsfähigkeit Flexibilität und Anpassungsfähigkeit	Ausprägungsbereiche der (Handlungs-) Fähigkeiten	Fähigkeit medizinisches und pflegerisches Wissen anzuwenden <b>Fähigkeit zur Dokumentation</b> Fähigkeit Bewohner zu mobilisieren Fähigkeit Bewohner zur Mobilisation anzuleiten Fähigkeit Körperpflege durchzuführen <b>Fähigkeit Bewohner zu validieren</b> Fähigkeit zum Essenreichen Fähigkeit an- und auszukleiden Fähigkeit aktivierende Pflege und Selbstpflege zu ermöglichen <b>Fähigkeit Intimsphäre zu beachten</b> Fähigkeit Individualität zu beachten <b>Planungs- und Organisationsfähigkeit</b> <b>Flexibilität und Anpassungsfähigkeit</b>

Tabelle 8-23: Datenvergleich der Interviews: Kompetenzen der Pflegekräfte  $T_1$  und  $T_2$

## 9 Ergebnisse: Welche Kompetenzen haben sich verändert?

In der Ergebnisdarstellung erfolgt eine Interpretation der bisherigen Ergebnisse, um der zweiten Untersuchungsfrage nachzugehen und zu ermitteln,

„Welche Kompetenzen werden im Zusammenhang mit dem Prozess der Qualitätsentwicklung entwickelt und erweitert?“.

Die Ergebnisse und Zusammenhänge, die sich daraus ergeben, sollen im Anschluss zur Beantwortung der Forschungsfrage verhelfen,

„Welche Lernanforderungen ergeben sich für die Mitarbeiter in Einrichtungen der Altenpflege während des Prozesses der Qualitätsentwicklung hinsichtlich der Entwicklung und Erweiterung individueller Kompetenzen?“.

Zunächst wird auf den Bedeutungszusammenhang von Veränderungen der Kompetenzen im Kontext der Analyse und Interpretation der Ergebnisse eingegangen.

Veränderung schließt die Entwicklung und Erweiterung der Kompetenzen aber auch einen Kompetenzverlust und eine Entwicklung von Defiziten ein. Dabei können in den zweiten Interviews (Handlungs-)Fähigkeiten ermittelt werden, die in den ersten Interviews nicht festgestellt wurden, bzw. auch umgekehrt. Weiterhin werden in den beiden Erhebungen vorhandene und fehlende Fähigkeiten ermittelt, die den Ausprägungsbereichen der Kompetenzen zugeordnet werden, wobei auch hierzu Überlegungen angestellt werden, warum einerseits Veränderungen aber andererseits auch keine Veränderungen festgestellt werden. Diese Überlegungen werden vervollständigt indem hinterfragt wird, welche (Handlungs-)Fähigkeiten der Pflegekräfte sich aufgrund der in der Organisation vorherrschenden Strukturen nicht verändern konnten, und in welchen Kompetenzbereichen eine Kompetenzentwicklung, ein Kompetenzverlust und die Entwicklung von Defiziten vermutlich durch die Qualitätsentwicklung beeinflusst wurde.

Bei der Ergebnisinterpretation können im Hinblick auf mögliche Begründungen für Veränderungen von Kompetenzen oder nicht stattgefundene Veränderungen und Entwicklung keine Kausalitätsbeziehungen zur Qualitätsentwicklung hergestellt werden. Es werden jedoch Vermutungen zu Einflussfaktoren aufgrund der Zeitparallelität angestellt, die durch Interviewaussagen, Beobachtungen und Aufzeichnungen im Forschungstagebuch bekräftigt werden können.

Angesichts einer besseren Nachvollziehbarkeit, erfolgt die Ergebnisdarstellung zur Kompetenzentwicklung und der Entwicklung von Defiziten bewusst nicht nach Kompetenzbereichen getrennt, da häufig Verbindungen und Zusammenhänge bei einzelnen (Handlungs-)Fähigkeiten untereinander festgestellt werden, die auch den Zusammenhang der Entwicklungen verdeutlichen. Die (Handlungs-)Fähigkeiten, die nur in den ersten

Interviews, jedoch nicht wiederholt in den zweiten Interviews ermittelt werden, können in die Auswertung nicht bzw. nur bedingt einbezogen werden, da keine vergleichbaren Ergebnisse zur Erhebung T<sub>2</sub> verfügbar sind.

## 9.1 Welche (Handlungs-)Fähigkeiten wurden entwickelt und erweitert?

Dieser Auswertungsteil bezieht sich auf (Handlungs-)Fähigkeiten, die in T<sub>1</sub> ermittelt wurden und sich in T<sub>2</sub> erweiterten sowie auf (Handlungs-)Fähigkeiten, die sich in T<sub>2</sub> neu entwickelten.

### Team- und Kooperationsfähigkeit

Eine Kompetenzentwicklung ist im Rahmen der sozial-kommunikativen Kompetenz in der (Handlungs-)Fähigkeit der Team- und Kooperationsfähigkeit festzustellen. Hierbei handelt es sich speziell um eine Entwicklung im Bereich der Zusammenarbeit zwischen Leitung und Mitarbeitern, die gefestigt und erweitert wurde. Insbesondere in Situationen im Umgang mit unangepassten Bewohnern unterstützt die Leitung die Mitarbeiter in ihren Handlungen und Entscheidungen. Die Mitarbeiter können somit ständig klingelnde Bewohner auch einmal länger warten lassen, ohne dass sich daraus negative Folgen für sie ergeben.

In den ersten Interviews werden zur Teamarbeit zwischen Leitung und Mitarbeitern keine Aussagen analysiert. Diese Kompetenzentwicklung wurde in gewisser Weise durch die Qualitätsentwicklung beeinflusst, indem die Leitung versucht, Entscheidungen transparent zu machen, aber auch für Probleme als Ansprechpartner zur Verfügung zu stehen. Vermutlich geht die Kompetenzentwicklung in diesem Bereich mit einer Teamentwicklung der Mitarbeiter untereinander, aber auch zwischen Leitung und Mitarbeitern einher, die von der Leitung durch eine Selektion von Mitarbeitern in den Teams angestrebt wurde.

*„Teamfestigung, das Betriebsklima einfach gefestigt wurden. Dort ist auch eine klare Qualitätsentwicklung zu erkennen, dass in der Motivation der Mitarbeiter, was ja gewachsen ist und durch Selektieren von guten Mitarbeitern, sich jetzt auch einfach bemerkbar macht. Das man merkt, das Team hat sich gefestigt“ (2, 68).*

Ein direkter Einfluss der Qualitätsentwicklung auf die Entwicklung der Team- und Kooperationsfähigkeit kann nicht festgestellt werden. Es wird jedoch deutlich, dass durch die Entwicklung einer Team- und Kooperationsfähigkeit der Mitarbeiter untereinander und durch die Unterstützung von Mitarbeiterentscheidungen durch die Leitung, die Qualitätsentwicklung in den Bereichen Pflege und Betreuung ihre sog. Kunden, die Bewohner und auch die Angehörigen, aus dem Blick verliert (vgl. dazu 9.2 Fähigkeit zur Kooperation mit Angehörigen). In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob das Ziel der Qualitätsentwicklung darin besteht, zum Vorteil von Teamzusammenhalt, Kooperation und Transparenz von Strukturen und Entscheidungen, anstrengende Bewohner länger klingeln zu lassen?

### Beziehungsfähigkeit

Eine weitere Kompetenzentwicklung wird anhand der neu entwickelten (Handlungs-)Fähigkeit Beziehungsfähigkeit im Bereich der Beziehungskompetenz festgestellt. Gegenüber den ersten Interviews, in denen keine Verhaltensweisen zur Beschäftigung und Betreuung der Bewohner erkennbar sind, wird in den zweiten Interviews eine Veränderung in diesem Zusammenhang sichtbar. Diese Entwicklung kennzeichnet vor allem, dass die Mitarbeiter Zeitkapazitäten effektiver für eine Beschäftigung mit den Bewohnern nutzen. Die Pflegekräfte organisieren Angebote, wie beispielsweise Singkreise und Gedächtnisaktivierung auf den Wohnbereichen, die sie unabhängig von der regelmäßigen Beschäftigung durch die Ergotherapie durchführen. Diese Kompetenzentwicklung kann mit der Qualitätsentwicklung in der Einrichtung in Zusammenhang gebracht werden. Nach Aussage der Leitung wurde in der Einrichtung eine Verbesserung der Betreuungs- und Beschäftigungsangebote erreicht, die kontinuierlicher und bewohnerorientierter durch die Ergotherapie durchgeführt werden.

*„Betreuerisch ist es einfach die Kontinuität der Angebote, die besser geworden ist, was uns vorher schwerer gefallen ist. Wirklich täglich, wochentäglich wenigstens Vormittag und Nachmittag, den Bewohnern ein Beschäftigungsangebot zu machen und die Kontinuität der Angebote der Bewohner, die eben bettlägerig sind, ist einfach gestiegen“ (2, 62).*

Vermutlich wird durch die Qualitätsentwicklung, die zunächst auf die Arbeit der Ergotherapie ausgerichtet ist, die Kompetenzentwicklung bei den Mitarbeitern beeinflusst. Dieser Einfluss besteht darin, dass die Mitarbeiter in den Wohnbereichen, je nach zeitlicher Verfügbarkeit und Personalanzahl, kleine Aktivierungs- und Beschäftigungsangebote durchführen.

Möglicherweise kann für diese Kompetenzentwicklung auch ein Zusammenhang zur Rückmeldung der Beobachtungsergebnisse an die Leitung und Mitarbeiter hergestellt werden. In den Beobachtungen wurde festgestellt, dass die Mitarbeiter durchaus über Zeit- und teilweise auch über Personalkapazitäten verfügen. In den beobachteten Situationen werden den Bewohnern Beschäftigungsangebote unterbreitet und Steckspiele hingestellt, aber die Mitarbeiter sehen keine Veranlassung, mit den Bewohnern gemeinsam zu spielen (vgl. Anlage 10, Beobachtungsprotokoll vom 10.11.05). Es ist anzunehmen, dass die Mitarbeiter auf Grundlage der Beobachtungsergebnisse sensibilisiert und angeregt wurden, ihr Verhalten zu hinterfragen und somit eine Entwicklung dieser (Handlungs-)Fähigkeiten erreicht wurde. In den Interviews wird dies besonders darin deutlich, dass die Mitarbeiter bewusst verfügbare Zeit nutzen, um die Bewohner im Stuhlkreis zusammenzusetzen, Lieder zu singen und eine Gedächtnisaktivierung durchzuführen.

### Fähigkeit zur Dokumentation

Eine weitere Kompetenzentwicklung ist im Bereich der Fähigkeit zur Dokumentation pflegerischer Maßnahmen zu erkennen. Diese Veränderung, die sich auf eine gesteigerte Dokumentation pflegerischer Maßnahmen zur rechtlichen Absicherung der Pflegekräfte bezieht, wird insbesondere in Situationsbeschreibungen zum Umgang mit unangepassten und dementen Bewohnern ermittelt. Dabei entsteht der Eindruck, dass die Mitarbeiter die Dokumentation auch als Ausweg oder Entschuldigung sehen, um erfolglose Versuche, Bewohner zu überreden, umzustimmen oder zu einer Handlung zu bewegen, für sich zu



rechtfertigen. Sicherlich ist dies auch gegenüber dem Gesetzgeber zur rechtlichen Absicherung von nicht durchgeführten Behandlungsmaßnahmen tatsächlich der Fall, aber scheinbar kann hinter dieser Kompetenzentwicklung ein anderer Grund vermutet werden. Dieser besteht darin, dass die Mitarbeiter es als wichtiger und notwendiger ansehen, sich abzusichern und zu rechtfertigen, indem alle Situationen und Ablehnungen der Bewohner dokumentiert werden, ohne die tatsächlichen Hintergründe für das Verhalten der Bewohner zu hinterfragen und zu reflektieren und davon abgeleitet das eigene Verhalten zu ändern. Diese Vermutung stellt möglicherweise auch eine Begründung der sich nicht veränderten defizitären Reflexionsfähigkeit dar (vgl. Kapitel 9). Demnach, so scheint es, erreichen die Mitarbeiter die Lösung eines Problems bequemer und schneller, indem sie die Ablehnung der Einnahme von Medikamenten eines Bewohners dokumentieren, anstelle sich mit den Hintergründen und Ursachen des Bewohnerverhaltens auseinanderzusetzen.

Die Ermittlung einer Kompetenzentwicklung in diesem Bereich kann ebenfalls mit der gesteigerten und umfangreicheren Dokumentation der Pflegemaßnahmen begründet werden. Die Leitungskräfte beschreiben und bewerten diese Veränderung als eine Qualitätsentwicklung, die durch gesetzliche Richtlinien vorgeschrieben wird. Die Mitarbeiter sehen in den zusätzlichen Dokumentationen von Flüssigkeitsbilanzen und BMI-Assessments gefährdeter Bewohner übertriebene und unnötige Schreiarbeit, da sie als qualifizierte Pflegepersonen, aufgrund ihres fachlichen Hintergrundes, auch ohne detaillierte Dokumentation fachlich korrekt handeln.

*„Na ja geändert eigentlich höchstens, dass wir immer noch mehr machen müssen. Zum Beispiel jetzt dieses Assessment, mit der Ernährung, mit dem Trinken und so weiter, dass wir das noch so schriftlich formulieren müssen, wie zum Beispiel, die einen BMI unter 20 haben, dass man bei denen noch so ein Assessment macht. [...] Das ist eigentlich mehr Arbeit. Und das haben wir eigentlich schon für uns auch, sage ich mal so, das ist von uns aus beachtet worden, aber ohne das es eben irgendwie jetzt so einen großen Schriftakt darüber gegeben hat, haben wir das eigentlich alles gemacht. Wir haben es nur nicht so detailliert, wir haben es zwar nieder geschrieben auf dem Berichtblatt, aber nicht so detailliert, ausgearbeitet. Wenn man qualifiziert ist und Fachpersonal hat, dann ist es nicht notwendig, sage ich mal, weil jeder aufpasst und guckt und sofort sieht wo irgendwo ein Defizit ist.“ (17, 60-65).*

Die Rechtssicherheit, die sich für die Mitarbeiter aus einer umfangreicheren und genaueren Dokumentation ergibt, soll eine Verbesserung der Pflegequalität nach sich ziehen, die nach Angaben der Leitung auch als „Wissensquelle“ für die Mitarbeiter genutzt werden kann. Die Mitarbeiter verstehen die Dokumentation als Zwang gegenüber den Pflegekassen und somit nicht vordergründig als fachliche Verbesserung ihrer Arbeit, sondern ausschließlich im Sinne einer Absicherung und Rechtfertigung ihrer Tätigkeiten. Warum hier die Meinungen so auseinanderdriften, kann in einer fehlenden Information und Aufklärung der Mitarbeiter von Seiten der Leitung vermutet werden: Wenn eine Informationspolitik verfolgt wird, die lediglich darauf zielt, den Mitarbeitern mitzuteilen, dass der Gesetzgeber eine verstärkte Dokumentationspflicht verlangt, sich die Leitung zwar darauf beruft, aber ihre Mitarbeiter nicht aufklärt, welche Folgen für die Qualitätsentwicklung ihrer Einrichtung und Bewohner erwartet werden, können diese Einstellungen der Mitarbeiter nachvollzogen werden. Somit sind für dieses fehlende Qualitätsverständnis sowie für die

Entwicklung von Defiziten (z. B. in den Ausprägungsbereichen der Reflexionsfähigkeit und der Fähigkeit sich einzufühlen und hineinzusetzen) sowie der Entwicklung von Kompetenzen (z. B. der Distanzierungs- und Durchsetzungsfähigkeit) auch die Strukturen der Einrichtung mitverantwortlich.

Als Motive für die Entwicklung der Fähigkeit zur Dokumentation kommen ebenfalls die Maßnahmen der Qualitätsentwicklung in Frage. In Kapitel 7ff. wurde bereits das Projekt „Einführung einer elektronischen Pflegedokumentation“ vorgestellt. Dieses Projekt zieht neben der Beschäftigung der Mitarbeiter mit der elektronischen Erfassung von Daten und dem Umgang mit einem PC auch eine gesteigerte schriftliche Dokumentation nach sich, die zu Beginn der Einführung doppelt geführt wird. Insofern findet eine Veränderung im Dokumentationsumfang statt: Die Dokumentation erfordert mehr Zeit, aber ermöglicht auch eine vollständigere Erfassung der Leistungen. Diese zunächst aufwändigere und zeitintensivere Dokumentation wird durch die Vorteile der Technik, z. B. Textbausteine und Kopier- bzw. Vorgabefunktionen, langfristig ausgeglichen. Das bedeutet nicht, dass sich der Dokumentationsumfang verringert, aber die Arbeit mit dem PC und die funktionalen Erleichterungen ermöglichen eine schnellere und vollständigere Pflegedokumentation.

Die Befunde sprechen zunächst für eine Kompetenzentwicklung im Bereich der Pflegedokumentation, die durch die Einführung einer elektronischen Dokumentation forciert wird. Diese Entwicklung ist jedoch als problematisch zu bewerten, da die Absicherung gegenüber den Pflegekassen durch die Dokumentation der pflegerischen Maßnahmen offensichtlich die Abwendung vom Bewohner und die Entwicklung von Defiziten bzw. den Verlust von Kompetenzen bei den Mitarbeitern fördert, die nicht den Zweck der Bewohnerorientierung verfolgen. Demzufolge werden Defizite im Anpassungsbereich der Fähigkeit, sich einzufühlen und hineinzusetzen erkennbar sowie Ausprägungen einer Distanzierungs- und Durchsetzungsfähigkeit entwickelt, um den Anforderungen an diese Qualitätsentwicklung gerecht zu werden, genauer gesagt, sie zu bewältigen und den Zeitaufwand zu kompensieren.

### **Fähigkeit Individualität zu beachten, Fähigkeit aktivierende Pflege und Selbstpflege zu ermöglichen, Fähigkeit an- und auszukleiden sowie Fähigkeit zum Essenreichen**

Die angeführten Fähigkeiten (Fach)Wissen anzuwenden, können als Entwicklungen im Bereich der Fachlich-methodischen Kompetenz analysiert werden. Diese (Handlungs-)Fähigkeiten werden im Kontext von Situationen zur Körperpflege der Bewohner zur Unterstützung und Hilfestellung bei der Pflege und zum Umgang mit dementen Bewohnern ermittelt.

Möglicherweise sind für diese Entwicklungen die Beobachtungsrückmeldungen verantwortlich, die zu einer Sensibilisierung der Mitarbeiter in den Bereichen der Beachtung von Individualität und Intimsphäre und der Aktivierung zur Selbstpflege führten. In den Beobachtungen wurde u. a. festgestellt, dass die Bewohner häufig nicht in die Kleidungsauswahl einbezogen werden, obwohl sie dazu noch in der Lage sind (vgl. Anlage 10, Beobachtungsprotokoll vom 16.11.05). In den zweiten Interviews kann in dieser Hinsicht eine Veränderung ermittelt werden, die darin besteht, dass die Mitarbeiter den Bewohnern

ermöglichen, selbstbestimmt zu handeln und z. B. ihre Kleidung selbst auszuwählen, die Körperpflege eigenständig durchzuführen bzw. dazu angeleitet werden.

An den Aussagen der Experten lässt sich ableiten, dass als Motiv für eine Kompetenzentwicklung dieser Handlungsfähigkeiten auch die Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter in die Überlegung einbezogen werden kann. Auch von den Mitarbeitern werden Weiterbildungen und Erfahrungswissen als Handlungsbegründungen angeführt, was schlussfolgern lässt, dass eine Kompetenzentwicklung durch Vermittlung von Informationen zu Fachwissen in Fort- und Weiterbildung erreicht wurde. Auf Grundlage dieser Erkenntnis kann wiederum vermutet werden, dass eine Qualitätsentwicklung der Pflegequalität durch gezielte fachliche Kompetenzentwicklung gefördert werden kann.

*„Ich begründe das weiter eigentlich mit einem Stück unserem Fortbildungsprogramm, was dann sich doch in einer erhöhten Qualität zeigt, Arbeitsqualität auch Dokumentationsqualität. [...] Also regelmäßig sind zirka zweimal im Jahr Fortbildungen im Bereich der Demenz, Validation im Umgang mit Dementen zu den Themen Aggressionen im Alter und ähnlichen Dingen, zur Thematik Psychohygiene. Der Umgang der Mitarbeiter gegenüber der Bewohner ist kompetenter geworden, weil sie einfach lernen zu validieren, weil sie einfach lernen eine Psychohygiene zu betreiben und mit Problemen besser umzugehen die einfach entstehen durch unsere Tätigkeit.“ (2, 72-76).*

### **Planungs- und Organisationsfähigkeit im Zusammenhang mit der Flexibilität und Anpassungsfähigkeit**

Beide (Handlungs-)Fähigkeiten werden in den Interviews T<sub>1</sub> und T<sub>2</sub> analysiert. Dabei wird zusätzlich in den ersten Interviews ein Defizit im Ausprägungsbereich der Planungs- und Organisationsfähigkeit ermittelt. Eine Kompetenzentwicklung kann erst auf den zweiten Blick festgestellt werden. Bei einer genaueren Untersuchung der (Handlungs-)Fähigkeiten wird deutlich, dass die Pflegekräfte die Anforderungen an ihre Tätigkeiten flexibler und anpassungsfähiger, aber auch vorausschauender planen und bewältigen.

Im Ausprägungsbereich der Planungs- und Organisationsfähigkeit kann eine Kompetenzentwicklung festgestellt werden, da eine fehlende Planung und Organisation in den zweiten Interviews nicht erneut festgestellt wird. Grund für diese Entwicklung stellt eine umfangreichere vorausschauende Planung von Handlungen dar, die in T<sub>2</sub> beispielsweise anhand folgender Verhaltensweisen der Mitarbeiter gekennzeichnet ist: Die Pflegekräfte beugen Streitereien und Eifersucht zwischen Bewohnern vor, indem sie einzelne Bewohnergruppen räumlich trennen, sie planen den Einsatz von Ernährungsergänzungspräparaten durch den Einkauf von Mustern für Geschmacksproben oder sie entfernen gefährdende elektrische Geräte aus den Wohnräumen dementer Bewohner. Diese Verhaltensweisen deuten auf eine vorausschauende und planende Arbeitsorganisation der Mitarbeiter hin. Diese Entwicklung könnte damit begründet werden, dass die Mitarbeiter die Bewohner über diesen Zeitraum einfach besser kennen und somit ihre Verhaltensweisen umfassender einschätzen können.

Ein weiterer Aspekt dieser Kompetenzentwicklung kann in der Priorisierung der Tätigkeiten gesehen werden: Die Mitarbeiter äußern in den ersten Interviews, dass sie sich Zeit für den Bewohner nehmen und zeitliche Kapazitäten schaffen. In den zweiten Interviews kann

hier eine Verschiebung dieser Prioritätensetzung festgestellt werden: Die Mitarbeiter lassen vermehrt Bewohner warten, um angefangene Tätigkeiten erst einmal abzuschließen und sich später um die klingelnden Bewohner kümmern. Die Mitarbeiter sind aufgrund der vorherrschenden Strukturen in der Einrichtung gezwungen, einerseits flexibler und anpassungsfähiger auf demente Bewohner zu reagieren, aber andererseits auch vorausschauender und organisationsfähiger den Zeit- und Personalmangel zu kompensieren.

Als Ursachen kommen für diese Kompetenzentwicklung vermutlich strukturelle und organisatorische Veränderungen in der Einrichtung in Betracht. Strukturelle Veränderungen sind einerseits in der Bewohnerstruktur und andererseits auch in der vorherrschenden Personalstruktur anzunehmen. Die Bewohnerklientel ist, wie in den folgenden Auswertungen noch erläutert wird, aufgeklärter und informierter geworden. Demzufolge sind die Pflegekräfte auch mehr im Bereich von Servicetätigkeiten gefordert und müssen ihre Arbeit umstrukturieren, umorganisieren und pflegefremde Handlungen ausführen. Zur Personalstruktur kann festgestellt werden, dass häufig neue und ungelernte Hilfskräfte eingesetzt werden, die vom Stammpersonal integriert und angelernt werden müssen. Diese Veränderungen wirken sich somit auch auf arbeitsorganisatorische Abweichungen von Arbeitsabläufen, auf die Teamarbeit und einzelne Tätigkeitsbereiche aus. Mit anderen Worten, die Mitarbeiter müssen neue Kollegen mit den Bewohnern vertraut machen und Dienstpläne aber auch Teamstrukturen umgestalten, um ein fachliches Anlernen und Kennenlernen bzw. eine Beziehungsgestaltung zu ermöglichen.

An dieser Stelle wird jedoch eine Diskrepanz zwischen Personaleinsatz und Priorisierung von Tätigkeiten erkennbar: Warum müssen häufig klingelnde und fordernde Bewohner, trotz zusätzlicher Arbeitskräfte, (Hilfskräfte, ungelerntes Personal) länger warten? Eine mögliche Antwort auf diese Frage kann wiederum vor dem Hintergrund der strukturellen Veränderungen der Bewohnerklientel und einer damit einhergehenden Entwicklung von Defiziten der Fähigkeit sich in andere einzufühlen und hineinzuversetzen und der Fähigkeit zur Wahrnehmung sowie der Entwicklung einer Distanzierungs- und Durchsetzungsfähigkeit, aber auch aus der Qualitätsentwicklung (durch eine zunehmende Dokumentation und durch die Einführung der elektronischen Pflegedokumentation) abgeleitet werden.

Bei genauerer Betrachtung und vor dem Hintergrund der bereits erläuterten Kompetenzentwicklung im Zusammenhang mit Fähigkeit zur (Pflege)Dokumentation, können die Gründe für diese Kompetenzentwicklung somit in einer gesteigerten Absicherung der Pflege- und Betreuungstätigkeiten gegenüber den Pflegekassen und dem MDK gesehen werden. Die Mitarbeiter sind aufgrund des zunehmenden Dokumentationsaufwandes gezwungen, alle Handlungen, die sie im Zusammenhang mit den Bewohnern durchführen, gegenüber möglichen rechtlichen Ansprüchen der Angehörigen, des MDKs und der Pflegekassen abzusichern.

Aufgrund dieser formalen Qualitätsentwicklung in der Pflege sind die Mitarbeiter gefordert, (Handlungs-)Fähigkeiten zu entwickeln, die ein angepasstes, flexibles, planendes und vorausschauendes Arbeiten ermöglichen. Diese Befunde verdeutlichen die problematische Entwicklung der Pflegequalität hin zu einer formalisierten Pflege und Betreuung, im Hinblick auf eine Priorisierung und Absicherung der ausgeführten Tätigkeiten, einhergehend mit einer Abwendung vom Bewohner (vgl. dazu die folgenden Kapitel).

### Distanzierungsfähigkeit

In Situationen mit dementen Bewohnern, schimpfenden und beleidigenden Bewohnern sowie im Zusammenhang übermäßiger Belastung durch fordernde und klingelnde Bewohner wird eine Kompetenzentwicklung im Ausprägungsbereich der Distanzierungsfähigkeit festgestellt. Die Mitarbeiter nehmen Beleidigungen schimpfender Bewohner nicht mehr erdulnd hin, sondern wehren sich und distanzieren sich somit von diesen Bewohnern. Demzufolge kann hier ferner eine Veränderung insbesondere im Umgang mit Bewohnern ermittelt werden, die kein dementes Krankheitsbild aufweisen.

Die Entwicklung dieser (Handlungs-)Fähigkeiten steht im Zusammenhang mit Veränderungen in der Bewohnerklientel (vermehrt unzufriedene, demente und fordernde Bewohner), die sich auch auf die Pflege und Betreuung auswirken. In den ersten Interviews werden vereinzelte Aussagen zu dieser Fähigkeit analysiert, indem die Mitarbeiter Bewohner durch Gespräche zurechtweisen und sich gegen Beschimpfungen wehren. In den zweiten Interviews werden die Verhaltensweisen, sich in Gesprächen zu wehren und sich zu distanzieren, u. a. durch vorwurfsvolle Kommunikation der Mitarbeiter erweitert. In diesem Zusammenhang zeigen sie den Bewohnern ihr unpassendes Verhalten auf, auch um an ihre Mitmenschlichkeit bezüglich der Pflege und Betreuung anderer Bewohner zu appellieren.

Diese Kompetenzentwicklung kann vermutlich auf strukturelle Veränderungen der Bewohnerklientel in der Einrichtung, aber auch auf Veränderungen in der Persönlichkeit der Mitarbeiter hin zu einem selbstbewussten Umgang mit den Bewohnern zurückgeführt werden. Die Anforderungen, die an die Mitarbeiter gestellt werden, fordernde und unangepasste Bewohner zu pflegen und zu betreuen, beeinflussen somit eine Kompetenzentwicklung im Ausprägungsbereich der Distanzierungsfähigkeit. Durch einen zunehmenden Informationszuwachs sind die Bewohner über ihre Rechte und die notwendigen Dienstleistungen laut Heimvertrag aufgeklärt. Somit fordern sie vermehrt Dienstleistungen von den Pflegekräften ein. Diese (Qualitäts-)Entwicklung kennzeichnet eine Bewohneraufklärung, die die Kompetenzentwicklung der Mitarbeiter beeinflusst. Die Mitarbeiter entwickeln so z. B. im Bereich der personalen Kompetenz Distanzierungsfähigkeiten gegenüber den zunehmenden Forderungen der Bewohner.

Nach Aussagen der Leitungskräfte kann auch eine Qualitätsentwicklung im Zusammenhang mit der Fort- und Weiterbildung zum Umgang der Pflegekräfte mit dementen und aggressiven Bewohnern als Einfluss für diese Kompetenzentwicklung vermutet werden. Die in den Fortbildungen (im Bereich der „Psychohygiene“) vermittelten Informationen zu Krankheiten und Krankheitsbildern der Bewohner beeinflussen vermutlich eine Kompetenzentwicklung im Umgang mit dementen und auch unangepassten Bewohnern. Die Mitarbeiter entwickeln somit (Handlungs-)Fähigkeiten, um sich selbst zu schützen, indem sie sich gegenüber aggressiven und dementen Bewohnern wehren, durchsetzen aber auch distanzieren.

*„Die bekommen Krankheitshintergrundwissen vermittelt, dass sie also einschätzen können, warum benehmen sich unsere Bewohner so wie sie sich benehmen. Daraus ergibt sich schon mal, dass man Aggressionen oder Wertungen von Bewohnern für sich besser einordnen kann, wenn man die Krankheitsbilder dazu besser kennt, zu den Bewohnern,*

*und die zu den Verhaltensweisen der Bewohner führen. [...] In den Schulungen mit den Thematiken, wie geh ich mit den Aggressionen der Bewohner um, und ähnlichem, wie schütze ich mich selbst, dort werden richtig Strategien vermittelt. Zum Beispiel einfach auch die Verhaltensweise, dass wenn man merkt, dass man persönlich und gefühlsmäßig angespannt und gereizt ist, sich aus in einer Situation zurückzieht und eine andere Kollegin bittet, bei dem betreffenden Bewohner weiter zu arbeiten.“ (2, 74-80).*

Insofern trägt die Entwicklung der Distanzierungsfähigkeit, beeinflusst durch Veränderungen der Bewohnerklientel, durch eine Bewohneraufklärung und durch Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen zu einer problematischen Entwicklung der Pflegequalität bei, die eine Abwendung vom Bewohner kennzeichnet. Die gesteigerte Aufklärung der Bewohner zieht einen Mehraufwand an Tätigkeiten und somit (zeitliche) Überbelastungen nach sich. Diese offensichtliche Belastung der Mitarbeiter wird nicht kommunikativ und konstruktiv reflektiert, sondern durch Distanzierung und gesteigerte Durchsetzung gegenüber den Bewohnern vermeintlich „gelöst“ bzw. verdrängt (vgl. folgende Ausführung). Die auf den Mitarbeiter bezogene und am Mitarbeiter orientierte (Qualitäts-)Entwicklung hat somit einen Verlust von (Handlungs-)Fähigkeiten für eine bewohnerorientierte Pflege und Betreuung, wie sie im Leitbild der Einrichtung verankert ist, zur Folge.

### **Durchsetzungsfähigkeit**

Eine Kompetenzentwicklung ist im Ausprägungsbereich der Durchsetzungsfähigkeit zu erkennen. Dabei handelt es sich um eine verstärkte Ausprägung der Willensdurchsetzung der Mitarbeiter gegenüber den Bewohnerwünschen, die in den Interviews T<sub>1</sub> nicht so offensichtlich wird. In den ersten Interviews kann im Kontext von Situationen mit dementen Bewohnern analysiert werden, dass die Durchsetzung zur Ausübung der Pflegetätigkeiten durch geduldiges und einführendes Verhalten sowie durch überzeugende Kommunikation gekennzeichnet ist. In den zweiten Interviews sind hierin Veränderungen bemerkbar, die eine Durchsetzung mit Druck und Zwang in Verbindung bringen. Insbesondere in Situationen mit bestimmenden und unangepassten Bewohnern wird die Durchsetzungsfähigkeit im Zusammenhang mit spezifischen Bewohnerbildern erkennbar.

Die Mitarbeiter erklären die Ablehnung der Wünsche von Bewohnern und eine Durchsetzung ihrer Handlungen damit, dass sie die Bewohner teilweise als unmündige Personen betrachten. Aufgrund dieses eher bedenklichen Bewohnerstereotyps begründen die Mitarbeiter die Durchsetzung ihrer Anschauungen mit der Verantwortungspflicht für die Bewohner. In diesem Zusammenhang entwickeln sie (Handlungs-)Fähigkeiten, sich durchsetzungsfähiger gegen die Forderungen der Bewohner zu behaupten, um notwendige pflegerische Maßnahmen bei eigensinnigen und unangepassten Bewohnern durchführen zu können. Diese Kompetenzentwicklung stellt somit, wie in den vorangegangenen Beschreibungen bereits erwähnt, ebenfalls eine Folge der Bewohneraufklärung dar. Allerdings charakterisiert diese Entwicklung erneut deutlicher die Abwendung von der Bewohnerorientierung, hin zu einer einseitigen mitarbeiterbezogenen interaktionalen Pflege und Betreuung.

## 9.2 Welche Defizite wurden entwickelt?

Dieser Auswertungsteil bezieht sich auf vorhandene (Handlungs-)Fähigkeiten aus  $T_1$ , die sich in  $T_2$  zu Defiziten entwickelten sowie auf (Handlungs-)Fähigkeiten die in  $T_1$  nicht festgestellt und in  $T_2$  als Defizite bzw. nicht vorhandene Fähigkeiten ermittelt wurden.

### **Fähigkeit die Pflege gründlich durchzuführen und Fähigkeit Intimsphäre zu beachten**

Die Fähigkeit die Pflege gründlich durchzuführen wird als Anlass für eine Entwicklung von Defiziten verstanden, da sie in Verbindung mit dem Ausprägungsbereich der Fähigkeit Intimsphäre zu beachten in der Situation  $T_2$  „Toilettenbegleitung (Nr. 27)“ anhand von Verhaltensweisen, die Intimsphäre einer Bewohnerin zu missachten ermittelt wird. Beide Fähigkeiten bezeichnen eine Entwicklung von Defiziten: Die Mitarbeiterin, die ihre Handlungen sehr gründlich und vorbildlich erledigt, nimmt in dieser Situation nicht wahr, dass sie mit ihrer Anwesenheit die Bewohnerin stört und ihre Intimität verletzt. Dies wird im Sinne eines Verlustes an Fähigkeiten der Mitarbeiterin interpretiert, sich einzufühlen, hineinzusetzen und wahrzunehmen, da sie hinsichtlich der täglichen Routine zu erledigender Aufgaben die Intimitätsgrenzen und vor allem die (Scham)Gefühle der Bewohnerin nicht (mehr) wahrnimmt.

Auch wenn diese Ausprägungsbereiche der Fähigkeiten nur an einer Situation festgestellt werden, kennzeichnen sie eine bedenkliche Entwicklung, die im Zusammenhang mit der Qualitätsentwicklung in Altenpflegeheimen zu beobachten ist: Auf den ersten Blick könnte hinter der Entwicklung von Defiziten in den Ausprägungsbereichen der Fähigkeit die Pflege gründlich durchzuführen und der Fähigkeit Intimsphäre zu beachten eine persönliche und individuelle Entwicklung der Mitarbeiter vermutet werden. Wird diese Situations-schilderung jedoch näher unter dem Aspekt beleuchtet, warum die Mitarbeiter so gründlich arbeiten, zeichnet sich folgende (Qualitäts-)Entwicklung ab: Die Handlungen der Pflegekräfte werden vor dem Hintergrund der Pflegestandards, die die Regeln für eine pflegerisch korrekte Tätigkeit am Bewohner vorgeben, durchgeführt.

Diese Befunde sprechen für eine problematische Entwicklung in der Pflegequalität, die darin besteht, dass die gründliche und qualitätsorientierte Umsetzung der Aufgaben immer stärker in den Mittelpunkt der Handlungen rückt, dabei aber eine Abwendung vom Bewohner zur Folge hat. Im Ergebnis stumpft der Mitarbeiter ab und der Bewohner wird nicht mehr als Individuum, das sich in seinen Intimgrenzen verletzt fühlt, wahrgenommen. Demzufolge kann in diesem Zusammenhang ein Einfluss durch die Qualitätsentwicklung vermutet werden. Dieser besteht darin, dass die Befolgung der vorgegebenen Regeln zur Einhaltung der Pflegequalität sowohl zu einer Kompetenzentwicklung im Bereich der personalen Kompetenz, speziell der Fähigkeit die Pflege gründlich durchzuführen, als auch zu einem Kompetenzverlust im Bereich der Beziehungskompetenz führt. Dabei zeichnet sich der Kompetenzverlust darin ab, dass die Mitarbeiter in ihren Fähigkeiten sich einzufühlen, hineinzusetzen und wahrzunehmen abstumpfen. Diese Entwicklung von Defiziten, die einen Verlust zweifelsohne wichtiger (Handlungs-)Fähigkeiten für die Betreuung und Pflege der Bewohner bedeutet, stellt die Intention einer Qualitätsentwicklung der Pflege- und Betreuungsqualität, mit dem Schwerpunkt der Bewohnerorientierung, in Frage.

### **Fähigkeit zur Selbstbeherrschung**

Eine Entwicklung von Defiziten kann im Ausprägungsbereich der Fähigkeit zur Selbstbeherrschung festgestellt werden. Ein beherrschtes Verhalten und Handeln wird gleichermaßen in beiden Erhebungen im Zusammenhang mit Situationen zum Umgang mit dementen aber auch unangepassten (schimpfenden und unruhigen) Bewohnern ermittelt. Anhand von Bewohneraussagen wird in den zweiten Interviews jedoch ein unbeherrschtes Handeln bzw. eine fehlende Selbstbeherrschung festgestellt, die von einer Bewohnerin mit einer Überforderung der Mitarbeiter in der Nachtschicht begründet wird. Die Entwicklung eines Defizits dieser (Handlungs-)Fähigkeit steht vermutlich im Zusammenhang mit einer persönlichen Entwicklung der Mitarbeiterin, die eventuell auch in Verbindung mit strukturellen und organisatorischen Gegebenheiten in der Einrichtung zu sehen ist: Eine Bewältigung der pflegerischen Anforderungen wird durch die Pflegestufen der Bewohner sowie durch eine zunehmende Verantwortungspflicht für demente und verwirrte Bewohner beeinflusst. Mit anderen Worten bedeutet dies, dass es mit einer Zunahme aufwändig zu pflegender und betreuender Bewohner, die häufiger die Hilfe der Mitarbeiter in Anspruch nehmen, dazu kommen kann, dass sich die Mitarbeiter mit der nächtlichen Pflege überfordert fühlen und überreagieren.

Vor diesem Hintergrund könnte angenommen werden, dass die Arbeitsorganisation und die Personalanzahl (als strukturelle und organisatorische Faktoren) in der Einrichtung diesen Kompetenzverlust beeinflusst haben. Auch wenn dieser Aspekt nur an einem Critical Incident T<sub>2</sub> „Bewohnerin hat Schmerzen (Nr. 28)“ offenkundig wird, lassen die Situationsbeschreibung aus Sicht einer Bewohnerin und die ermittelte Entwicklung von Defiziten im Ausprägungsbereich der Fähigkeit zur Selbstbeherrschung auf eine eher kritisch zu bewertende Entwicklung in der Pflege- und Betreuung schließen.

### **Fähigkeit zur Kooperation mit Angehörigen**

Eine Entwicklung von Defiziten kann im Bereich der Fähigkeit zur Kooperation mit Angehörigen in den zweiten Interviews ermittelt werden. Dabei handelt es sich um Handlungen, die eine fehlende Kooperation kennzeichnen, die sich insbesondere auf die Zusammenarbeit mit Angehörigen bezieht. Diese Fähigkeit ist durch eine fehlende Zusammenarbeit und schwierige Kooperation mit den Angehörigen der Bewohner, insbesondere bei Problemen, gekennzeichnet. Da in den Interviews nur die Aussagen der Mitarbeiter auf eine schwierige und unkooperative Zusammenarbeit mit einigen Angehörigen der Bewohner deuten, kann entweder vermutet werden, die Angehörigen sind einfach in gewisser Hinsicht unkooperativ oder die Mitarbeiter handeln teilweise undiplomatisch und unreflektiert.

Die Entwicklung eines Defizits im Sinne einer fehlenden Kooperation steht vermutlich mit einer (Qualitäts-)Entwicklung im Bereich der Angehörigenaufklärung im Zusammenhang. Ein Einfluss besteht darin, dass die Angehörigen über die Pflegestufen und Dienstleistungsbereiche aufgeklärter sind und somit auch mehr Leistungen von den Mitarbeitern einfordern. Den Mitarbeitern fehlen wahrscheinlich Kommunikationsfähigkeiten und Kooperationsfähigkeiten, um mit den Angehörigen über damit zusammenhängende Probleme, bei der Finanzierung und Leistungserbringung der Pflege, sachlich zu sprechen, ohne sich in ihrem Berufsverständnis angegriffen zu fühlen. Deshalb wird gerade im Bereich der Angehörigenarbeit eine Qualitätsentwicklung zukünftig notwendig, um



zwischen den Angehörigen und Mitarbeitern zu vermitteln und an der Entwicklung kommunikativer und sozialer Kompetenz anzusetzen.

### **Eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit**

Eine Defizitentwicklung wird im Bereich der Kommunikationsfähigkeit mit dem Bewohner erkennbar. Sie kennzeichnet eine Kommunikation, die überwiegend nur während der Pflege stattfindet. Somit ist ein Kompetenzverlust im Bereich der sozial-kommunikativen Kompetenz aber auch der Beziehungskompetenz zu erkennen. In den zweiten Interviews werden die kommunikativen Verhaltensweisen analog zu den Interviews T<sub>1</sub> analysiert, aber es werden auch Unterschiede erkennbar. Sie bestehen darin, dass die Mitarbeiter außerhalb ihrer Tätigkeiten am Bewohner und im Zimmer der Bewohner kaum noch Gelegenheit und Zeit haben, sich mit den Bewohnern zu unterhalten. Aus diesen Gründen nutzen sie die Zeit und Möglichkeit für eine verbale und nonverbale Kommunikation im Zimmer mit den Bewohnern und während der Durchführung der Pflegehandlungen.

Weiterhin wird eine Defizitentwicklungen im Ausprägungsbereich der kommunikativen Überzeugungsfähigkeit in Situationen mit unangepassten und unzufriedenen Bewohner analysiert. Dabei gelingt es den Mitarbeitern scheinbar nicht, die Bewohner durch Kommunikation zu überzeugen z. B. Behandlungsmaßnahmen zuzustimmen oder eine Bewohnerin zu überzeugen und zu motivieren ihr Zimmer zu verlassen.

Als Einfluss für diese Defizitentwicklung einer eingeschränkten Kommunikationsfähigkeit kann die Qualitätsentwicklung der Pflegedokumentation vermutet werden. Durch die Einführung der Computerdokumentation verbringen die Mitarbeiter mehr Zeit mit dem Dokumentieren und am Computer, die sie durch zeitliche Ressourcenverlagerung kompensieren. In der Folge fehlt diese Zeit bei der Betreuung und Kommunikation mit den Bewohnern. Die Einführung der elektronischen Pflegedokumentation verfolgt das Ziel, den Zeitaufwand für das Ausfüllen von Formularen zu reduzieren, insofern könnte hier zukünftig eine erneute Veränderung erwartet werden. Auch die strukturellen Gegebenheiten der Arbeitsorganisation und des Personalbestandes beeinflussen vermutlich diese Kompetenzentwicklung: Die Bezugspflege kann im Frühdienst mit drei Pflegekräften nicht konsequent umgesetzt werden, sondern es wird im Funktionspflegeprinzip gepflegt und betreut. In dieser Hinsicht können die Mitarbeiter nur einige Worte im Zimmer und bei der Pflege mit dem Bewohner wechseln, da sie nach dieser Tätigkeit den nächsten Bewohner pflegen müssen. Wird die Bezugspflege nicht konsequent umgesetzt, könnte es sich als schwierig erweisen, die notwendige Vertrauensbasis zu den Bewohnern herzustellen und somit durch Kommunikation zu überzeugen und zu motivieren. Eine konsequente Umsetzung des Bezugspflegkonzeptes setzt einerseits eine gewisse Anzahl an Personal voraus, die nicht gegeben ist, andererseits erfordert dieses Konzept auch flexiblere Strukturen in der Arbeitsorganisation, Pflege und Betreuung.

Folglich ist der Einfluss der strukturellen und organisatorischen (Qualitäts-)Entwicklung durch die Einführung der Pflegedokumentation im Zusammenhang mit der eingeschränkten Kommunikationsfähigkeit als kritisch für die Qualitätsentwicklung der Pflege und Betreuung der Bewohner zu bewerten. Dieser Aspekt wurde auch bereits im Zusammenhang mit der Kompetenzentwicklung Fähigkeit zur Dokumentation aufgegriffen (vgl. 9.1).

### **Beziehungsfähigkeit und Durchsetzungsfähigkeit**

Eine weitere Entwicklung von Defiziten ist im Ausprägungsbereich der Beziehungsfähigkeit festzustellen. In den zweiten Interviews wird erkennbar, dass sich die Mitarbeiter im Kontext von Situationen mit unangepassten Bewohnern durchsetzen, die hohen Betreuungs- und Pflegeaufwand erfordern, weil sie z. B. die Aufmerksamkeit der Mitarbeiter auf sich lenken und häufig klingeln, oder bevorzugt als Erste zur Nachtruhe begleitet werden wollen. Sie lassen die Bewohner klingeln und länger warten, erledigen erst angefangene Arbeiten und gehen später zu den Bewohnern.

Dieses durchsetzungsfähige Verhalten steht in Verbindung mit einer Defizitentwicklung im Ausprägungsbereich der Beziehungsfähigkeit, die darin besteht dass die Mitarbeiter für die Betreuung fordernder und aufwändiger Bewohner 1-Euro-Jobber einsetzen, die Betreuung und Beschäftigung mit den Bewohnern als „Mehraufwand“ betrachten und die Betreuung auf Pflegetätigkeiten reduzieren, indem sie eine „Funktionstrennung von Betreuung und Pflege“ fordern und danach arbeiten. Die Mitarbeiter beschäftigen sich nicht mit den Bewohnern und Gestalten keine Beziehung zu ihnen, weil der Mehraufwand der Betreuung einen Aufgabenbereich der Sozialarbeit darstellt und in den Verantwortungsbereich der Ergotherapeutin fällt.

Diese Entwicklung von Defiziten der Beziehungsfähigkeit kann auf den ersten Blick mit der Bewohnerklientel und der Arbeitsorganisation in der Einrichtung erklärt werden. Je mehr demente und pflegerisch aufwändige Bewohner im Altenpflegeheim leben, umso zeitaufwendiger und pflegeintensiver sind die Betreuung und die Durchführung der Pflegetätigkeiten. Insofern kann vermutet werden, dass eine fehlende Beziehungsgestaltung und Betreuung aufwändiger Bewohner durch ein durchsetzungsfähiges Verhalten kompensiert wird, indem die Mitarbeiter klingelnde Bewohner länger warten lassen und begonnene Tätigkeiten beenden, da sie einerseits, dem Anschein nach, mit der Betreuungssituation überfordert sind und andererseits die Betreuung und Beschäftigung mit den Bewohnern (wie bereits angesprochen) nicht zu ihren Aufgabenbereichen zählen. Hinter der Entscheidung so zu handeln, steht die Leitung, die ihre Mitarbeiter unterstützt und schützt (vgl. auch Team- und Kooperationsfähigkeit).

Diesbezüglich wird deutlich, dass die Mitarbeiter (Handlungs-)Fähigkeiten in Richtung eines durchsetzungsfähigeren Verhaltens entwickeln. Der Grund dafür wird im Personaleinsatz vermutet: Eine organisatorische Veränderung in der Hinsicht, mehr Personal im Spätdienst einzusetzen, ist aufgrund fehlender finanzieller Mittel nicht möglich. Die Mittel, die der Einrichtung zu Verfügung stehen und die auch genutzt werden, um die Arbeitsorganisation zu verändern, sind auf Veränderungen in der Personalstruktur durch den Einsatz von 1-Euro-Jobbern für die Betreuung aufwändiger Bewohner beschränkt. Diese Personen werden eingesetzt, um sich mit den Bewohnern zu unterhalten oder auch spazieren zu gehen. Dieses Personal ist nach Vorschriften des Gesetzgebers nur in begrenzten Arbeitsbereichen, d. h. nicht für pflegerische Maßnahmen einsetzbar und zudem nicht jederzeit verfügbar, um hier eine kontinuierliche Entlastung zu ermöglichen. Jedoch kann angenommen werden, dass eine Betreuung von Bewohnern durch 1-Euro-Jobber nicht dazu beiträgt, die Beziehung der Bewohner zu den Bezugspflegekräften und den festgestellten Mitarbeitern zu verbessern.

Einen weiteren Einflussfaktor auf die Defizitentwicklung der Beziehungsfähigkeit (und die Entwicklung der Durchsetzungsfähigkeit) stellt dem Anschein nach die verbesserte Bewohneraufklärung dar. Die Bewohner bezahlen für die Dienstleistung und Betreuung, die die Pflegekraft erbringt. Sie wissen, welche Leistungen ihnen zustehen und fordern diese beim Personal ein. Eine Mitarbeiterin erklärt:

*„Weil sie genug bezahlen und das kriegt man auch gesagt. Ich bezahle genug also haben sie auch für mich dazu sein. Die Bewohner sehen nicht dass sie Pflegestufe 1 haben und eigentlich noch sehr viel machen müssten. Die wollen eine Rundumbetreuung, da hat man jede Minute dazu sein, wenn die das wünschen, aber das geht nicht. Und wir nehmen keine Rücksicht ob einer eine 1 oder 2 oder eine 3 hat, wir machen möglich was möglich ist. Aber dass sie mal warten müssen, das bleibt ja gar nicht aus. Das ist nun mal so. [...] das heißt aber nicht, dass ich bloß Streicheleinheiten verteile, schon, aber ich muss mich den Konflikten die es da gibt auch mal stellen und ich muss auch mal sagen können, nein, sie müssen jetzt mal 10 Minuten warten, sie hatten gerade geklingelt, ich habe sie versorgt, sie liegen, sie haben zu trinken, sie sind trocken. Ich muss jetzt wirklich erst mal zum nächsten Bewohner.“ (10, 41-46).*

Wie erkennbar wird, ist eine Bewohneraufklärung auf Informationen zu den Leistungsbereichen und zu finanziellen Kosten begrenzt. Das Wissen über den Umfang der Leistungen und demnach die Eigenanteile, die von den Bewohnern zu erbringen sind, bleiben bei den Forderungen der Bewohner unberücksichtigt. Folglich stellen die Bewohneraufklärung und auch der Angehörigenarbeit wichtige zukünftige Bestandteile für eine Qualitätsentwicklung im Altenpflegebereich dar.

Gleichwohl stellt sich die Frage, ob es für eine Entwicklung der Pflege- und Betreuungsqualität erforderlich ist, dass die Mitarbeiter ein durchsetzungsfähiges, und distanziertes Verhalten entwickeln müssen? Ist es nicht maßgeblicher und zweckorientierter, den Bewohner nicht als Leistungsempfänger zu sehen, der Dienstleistungen und Betreuung einfordert? Sollten stattdessen nicht die Mitarbeiter sensibilisiert und gefördert werden, indem sie Reflexionsfähigkeiten, Fähigkeiten zur Wahrnehmung und Fähigkeiten sich in andere einzufühlen und hineinzusetzen (weiter)entwickeln, um den Bewohner als Menschen zu betrachten, der einer Pflege und Betreuung bedarf und aus diesem Grund im Altenpflegeheim lebt?

### **Fähigkeit Bewohner zu validieren**

In den zweiten Interviews wird eine Entwicklung eines Defizits im Anpassungsbereich der Fähigkeit Bewohner zu validieren anhand einer fehlenden Validation erkennbar. Es wird eine Situation beschrieben, in der sich eine Mitarbeiterin im Umgang mit einer dementen Bewohnerin nicht validierend durch beruhigende Gespräche, sondern aufgeregt und vorwurfsvoll verhält. Diese Defizitentwicklung wird auf strukturelle Veränderungen in der Personalauswahl, mit Auswirkungen auf die Qualitätsentwicklung der Einrichtung, zurückgeführt. Es werden vermehrt Aushilfskräfte und 1-Euro-Jobber in der Einrichtung beschäftigt, die nicht hinreichend für den Umgang mit dementen Bewohnern qualifiziert sind. Das bedeutet nicht, dass sie direkt in der Pflege mitarbeiten, aber es reicht schon aus, wenn sie in das Zimmer eines Bewohners kommen, um ihn für einen Spaziergang abzuholen und dann auf Situationen treffen, die sie nicht einschätzen können und überfor-

dert reagieren. Aus diesem Grund kann hier auch ein Einfluss durch die Personalpolitik vermutet werden. Mit anderen Worten bedeutet dies, dass ein Verlust der Kompetenz im Anpassungsbereich der Fähigkeit Bewohner zu validieren, durch die Einarbeitung neuer Mitarbeiter und durch Weiterbildung zum Umgang mit dementen Bewohnern verbessert werden könnte.

### 9.3 Welche Defizite haben sich nicht verändert?

Dieser Auswertungsteil bezieht sich auf fehlende bzw. defizitäre Fähigkeiten, die T<sub>1</sub> und in T<sub>2</sub> festgestellt wurden und sich in T<sub>2</sub> nicht zum Positiven entwickelten.

#### **Reflexionsfähigkeit**

Warum hat sich die fehlende Reflexion der Mitarbeiter im Ausprägungsbereich der Reflexionsfähigkeit nicht verändert? Offensichtlich ist, dass in beiden Interviewphasen eine verfügbare aber auch eine nicht vorhandene Reflexionsfähigkeit ermittelt wird. Werden die Situationen näher beleuchtet, in denen die fehlende Reflexion analysiert wird, gelangt man zum Ergebnis, dass es sich in beiden Interviewphasen um Situationen im Zusammenhang mit der Betreuung und Beziehungsgestaltung der Bewohner handelt. Die Mitarbeiter reflektieren und hinterfragen selten die Intentionen und Ursachen für das Verhalten der Bewohner, die sich nach ihren Aussagen in den Mittelpunkt stellen, ständig den Kontakt zum Pflegepersonal durch „Klingeln“ suchen oder häufig stürzen.

Es liegt hier die Vermutung nahe anzunehmen, dass die Mitarbeiter die Betreuung nicht als einen Bestandteil ihrer Arbeit sehen. Bei genauer Betrachtung der Strukturen und Organisation der Einrichtung kann festgestellt werden, dass die Mitarbeiter mit der besonderen Betreuungssituation der Bewohner überfordert sind, weil dafür in der täglichen Pflege und Tagesorganisation keine Zeit eingeplant wird. Aus diesem Grund verhilft hier eine Reflexion den Mitarbeitern möglicherweise wenig im Sinne der eigentlichen Problemlösung, aber sie würde vermutlich dazu verhelfen, den Bewohner zu verstehen.

Die Mitarbeiter versuchen an der Lösung des Problems anzusetzen und einzelne Bewohner durch den Einsatz von 1-Euro-Jobbern gezielter und umfassender zu betreuen und zu beschäftigen. Für eine Kompetenzentwicklung im Ausprägungsbereich der Reflexionsfähigkeit sind strukturelle Veränderungen, wie der Einsatz von 1-Euro-Jobbern, möglicherweise ein erster Schritt, sich mit den Bewohnern mehr zu beschäftigen. Vermutlich müssen aber andere Voraussetzungen geschaffen werden, um hier eine Qualitätsentwicklung in der Betreuung der Bewohner zu erreichen. Diese könnte beispielsweise darin bestehen, die Zeit in Teambesprechungen systematisch für Fallbesprechungen zu nutzen und die Entwicklung der Reflexionsfähigkeit der Mitarbeiter zu fördern.

#### **Fähigkeit sich in andere einzufühlen und hineinzusetzen und Fähigkeit zur Wahrnehmung im Zusammenhang mit der Fähigkeit Intimsphäre zu beachten**

In beiden Interviewphasen konnte im Zusammenhang von Pflegesituationen, in denen Mitarbeiter die Intimsphäre der Bewohner verletzen, eine fehlende Einfühlung und Wahrnehmung analysiert werden. Dieses Handeln der Ausprägungsbereiche Fähigkeit sich in andere einzufühlen und hineinzusetzen und Fähigkeit zur Wahrnehmung stehen in

Verbindung mit der Fähigkeit Intimsphäre zu beachten und einem Handeln, die Intimsphäre der Bewohner zu missachten.

Warum hat im Ausprägungsbereich der genannten Fähigkeiten keine Veränderung bei den Mitarbeitern stattgefunden? Nach der Analyse der ersten Interviews und der Durchführung der Beobachtungen fand eine Rückmeldung der Teilergebnisse aus der Beobachtung an die Leitungsmitarbeiter der Einrichtung statt (vgl. auch Kapitel 7ff.). Die Leitung diskutierte die Ergebnisse mit der Autorin und informierte die Mitarbeiter auf den Wohnbereichen, die Punkte bei ihrer Arbeit zu hinterfragen und zu beachten. Bei den Ergebnissen im Zusammenhang mit der Verletzung der Intimsphäre, handelte es sich vorwiegend um offene Zimmertüren im Zusammenhang mit Pflegesituationen. In den zweiten Interviews berichtete die Leitung, dass durch die Rückmeldung der Beobachtungsergebnisse die Mitarbeiter sensibilisiert wurden, insbesondere auf die angesprochenen Aspekte zu achten (vgl. Anlage 12, Interview Nr. 15 T<sub>2</sub>). Im Ergebnis wurden keine weiteren Vorfälle offener Türen beim Waschen und der Behandlungspflege der Bewohner bemerkt. Demzufolge könnte hier eine Qualitätsentwicklung vermutet werden.

Erst auf den zweiten Blick wird erkennbar, warum in den zweiten Interviews durch Bewohneraussagen eine fehlende Einfühlung, Wahrnehmung sowie Verletzungen und Missachtungen der Intimsphäre erkennbar werden: Die Befunde sprechen dafür, dass die Qualitätsentwicklung nur oberflächlich, d. h. vor den Türen der Bewohnerzimmer, jedoch nicht in den Zimmern der Bewohner, stattfindet.

Welche Bedeutung haben diese Erkenntnisse für die Kompetenzentwicklung der Mitarbeiter? Zunächst kann daraus geschlossen werden, dass die Veränderung von Strukturen und Abläufen nicht zwingend eine Qualitätsentwicklung nach sich zieht. Weiterhin wird erkennbar, dass Qualitätsentwicklung nicht in jedem Fall eine Kompetenzentwicklung der Mitarbeiter beeinflusst. Mit anderen Worten, die Qualitätsentwicklung ist nicht vor den Zimmertüren der Bewohner beendet, sondern erfordert eine Kompetenzentwicklung der Mitarbeiter, um zu einer Weiterentwicklung und Verbesserung der Pflegequalität zu führen. Demzufolge reicht es nicht aus, Hinweise zur Durchführung der Pflege zu geben, um eine Kompetenzentwicklung zu erreichen, vielmehr müssen die Mitarbeiter durch andere Konzepte, wie beispielsweise gezielte Weiterbildungen zur Schulung der Reflexionsfähigkeit sensibilisiert und gefördert werden. Sicherlich kann an dieser Stelle auch eine systematische Personalauswahl ansetzen, da es sich bei Fähigkeiten zur Wahrnehmung und Fähigkeiten, sich in andere einzufühlen und hineinzuversetzen um individuelle (Handlungs-)Fähigkeiten handelt, die möglicherweise nur schwer durch Weiterbildung erlernbar sind.

Auf Grundlage der Ergebnisse zur Entwicklung und Erweiterung von Kompetenzen, zur Entwicklung von Defiziten und keiner auffallenden Veränderung von Kompetenzen der Pflegekräfte während des Qualitätsentwicklungsprozesses werden im folgenden Kapitel Erkenntnisse und Thesen abgeleitet und erläutert, um Einflüsse und Zusammenhänge der individuellen Kompetenzentwicklung von Pflegekräften mit dem Qualitätsmanagement sowie den strukturellen und organisatorischen Faktoren einer Altenpflegeeinrichtung zu verdeutlichen. Dabei können keine Kausalitätsbeziehungen, aber Vermutungen zu Einflussfaktoren aufgrund der Zeitparallelität angestellt werden.

## 10 Erkenntnisse und Thesen

Als erste zentrale Erkenntnis wird die Auffassung erläutert, dass Qualitätsentwicklung eine Entwicklung von Kompetenzen, aber auch von Defiziten und einen Kompetenzverlust der Pflegekräfte begünstigen kann.

Die zweite Erkenntnis, die sich daran anschließt, bezieht sich auf Erläuterungen zur Auffassung, dass Qualitätsentwicklung eine individuelle Kompetenzentwicklung der Pflegekräfte erforderlich macht.

In diesem Zusammenhang wird abschließend die dritte Erkenntnis erläutert, die darin besteht, dass Kompetenzentwicklung gleichermaßen Veränderungen, (Qualitäts-)Entwicklung und Zeit benötigt.

### 10.1 Kompetenzentwicklung aber auch Kompetenzverlust kann durch Qualitätsentwicklung beeinflusst werden

Dass Qualitätsentwicklung einen Einflussfaktor auf die Kompetenzentwicklung und den Kompetenzverlust darstellt, konnte an den Ergebnissen bereits deutlich gemacht werden. In diesem Abschnitt werden die Erkenntnisse genauer im Zusammenhang mit den strukturellen und organisatorischen Veränderungen als Aspekte der Qualitätsentwicklung in der Einrichtung erläutert.

1. *Die Entwicklung und Einführung von Pflegestandards beeinflusst vermutlich die Entwicklung von personaler Kompetenz bei Pflegekräften ebenso wie die Fähigkeit, die Pflege gründlich durchzuführen.*

Einen Gesichtspunkt der Qualitätsentwicklung im Altenpflegebereich stellt die Entwicklung und Anwendung von Pflegestandards als Vorgaben, Richtlinien und Handlungsanleitungen zur Ausführung pflegerischer, medizinischer und betreuender Tätigkeiten dar. Im untersuchten Pflegeheim wurden nach Angaben der Mitarbeiter neben neuen Hygien Richtlinien auch neue Standards, Pflegehilfsmittel, z. B. Sondensysteme, aber auch regelmäßig durchgeführte Pflegevisiten zur Sicherung der Pflegequalität eingeführt und umgesetzt. Diese Maßnahmen der Qualitätsentwicklung fördern vermutlich die Durchführung der Arbeit dahingehend, dass die Mitarbeiter die Pflegehandlungen gründlich und korrekt ausführen. Infolgedessen kann durch diesen Aspekt der Qualitätsentwicklung eine Entwicklung individueller, personaler Kompetenzen, wie der Fähigkeit, die Pflege gründlich durchzuführen angenommen werden.

2. *Kompetenzverluste der Beziehungskompetenz, wie der Fähigkeit zur Wahrnehmung und der Fähigkeit sich in andere einzufühlen und hineinzuversetzen, werden offenbar durch die Entwicklung und Einführung von Pflegestandards und Qualitätskontrollen beeinflusst.*

Die Einführung neuer (und möglicherweise umstrittener und nicht notwendiger) Pflegestandards sowie die Qualitätskontrollen durch Pflegevisiten führen allerdings auch zu einer Verlagerung der Prioritäten und Schwerpunkte in der Pflege, die fast nur noch einseitig auf die Einhaltung der Standards und gesetzlichen Vorgaben ausgerichtet ist, und dabei den Bewohner als zentralen Pflegeempfänger an den Rand der Wahrnehmungen verdrängt bzw. ganz aus dem Blick verliert. Diese Erkenntnis wird aus der Kompetenzentwicklung im Zusammenhang mit der Fähigkeit, die Pflege gründlich durchzuführen ermittelt, die jedoch offenbar auch eine Entwicklung von Defiziten der Beziehungskompetenz im Ausprägungsbereich der Fähigkeit zur Wahrnehmung und der Fähigkeit, sich in andere einzufühlen und hineinzusetzen begünstigt.

3. *Die Qualitätsentwicklung im Bereich der Ablauforganisation (hier durch den Apothekenwechsel) beeinflusst wahrscheinlich eine Kompetenzentwicklung der Planungs- und Organisationsfähigkeit, Flexibilität und Anpassungsfähigkeit, der Beziehungsfähigkeit sowie der Fähigkeiten (Fach)Wissen anzuwenden bei Altenpflegekräften.*

Durch die Einführung eines Projektes zur Qualitätsentwicklung der Medikamentenbestellung, Medikamentenverwaltung und -vergabe in einer Altenpflegeeinrichtung finden Veränderungen der Arbeitsabläufe, aber vermutlich auch individuelle Kompetenzentwicklung bei den Mitarbeitern statt. Die Veränderungen im Zeitmanagement, die aus dem Wegfall der Tätigkeiten des Medikamentensetzens aber auch aus anfänglich zusätzlichen Wegen resultieren, unterstützen eine Kompetenzentwicklung im Bereich der Planungs- und Organisationsfähigkeit sowie Flexibilität und Anpassungsfähigkeit, aber auch im Bereich der Beziehungskompetenzen die Beziehungsfähigkeit bei den Pflegekräften. Die Pflegekräfte entwickeln aufgrund der mit dem Apothekenwechsel zusammenhängenden Veränderungen des Standortes der Medikamente und des Bestellwesens sowie einer Veränderung und Anpassung an neue Wege flexible (Handlungs-)Fähigkeiten, um schnell zu reagieren und notwendige Medikamente auch vom neuen Standort zu holen. Außerdem erweitern sie auch ihre Fähigkeiten, um sich an die neuen Abläufe, die der Wechsel nach sich zieht, anzupassen. Dabei nehmen sie Veränderungen in ihrer Arbeitsorganisation vor, die es ihnen wiederum erlaubt, flexibel zu handeln.

Weiterhin kann eine Kompetenzentwicklung im Anpassungsbereich der Beziehungsfähigkeit festgestellt werden, die wahrscheinlich dadurch beeinflusst wird, dass die Pflegekräfte nun vorhandene Zeitkapazitäten für die intensivere Pflege und Betreuung der Bewohner nutzen. Außerdem wird eine Kompetenzentwicklung im Bereich fachlicher Kompetenz zur Dokumentation durch die Einarbeitung und das Erlernen der Bedienung des elektronischen Dokumentationsprogramms bei den Mitarbeitern festgestellt, die anscheinend ebenfalls im Zusammenhang mit der Nutzung freier Zeit steht.

4. *Die Qualitätsentwicklung im Bereich der Ablauforganisation (hier durch den Apothekenwechsel) ruft vermutlich einen Kompetenzverlust von medizinischem Fachwissen bei Altenpflegekräften hervor.*

Nach Aussagen der Pflegekräfte wird durch den Wegfall der Aufgabenbereiche des Medikamentensetzens eine Unsicherheit, aufgrund eines Kompetenzverlustes in der Anwendung bisheriger Fachkenntnisse der Medikamente und ihrer Dosierungen, bemerk-

bar. Dieser fachliche Kompetenzverlust und die Unsicherheit werden von den Pflegekräften durch kommunikative Fähigkeiten, die Bewohner zu überzeugen, unbekannte oder veränderte Medikamente einzunehmen, kompensiert. In diesem Zusammenhang sind von den Pflegekräften auch Planungs- und Organisationsfähigkeiten gefragt, sich Informationen über die verabreichten Medikamente zu beschaffen, indem sie zu ihrem Standort gehen und sich über die Inhalte und Dosierung vergewissern. Demzufolge kann angenommen werden, dass der Kompetenzverlust medizinischen Wissens über die Medikamente und die Unsicherheit durch die Entwicklung von Kompetenzen zur Organisationsfähigkeit, Flexibilität und Kommunikationsfähigkeit von den Mitarbeitern wieder ausgeglichen werden kann.

5. *Die Qualitätsentwicklung durch die Einführung der elektronischen Pflegedokumentation beeinflusst anscheinend eine individuelle Kompetenzentwicklung fachlich-methodischer Kompetenzen, wie der Fähigkeit zur Dokumentation, der Planungs- und Organisationsfähigkeit sowie der Flexibilität und Anpassungsfähigkeit von Pflegekräften.*

Die Einführung einer elektronischen Pflegedokumentation, die allerdings nicht bis zur endgültigen einrichtungsweiten Inbetriebnahme untersucht wurde, begünstigt wahrscheinlich bei den Mitarbeitern eine Entwicklung der Fähigkeit zur Pflegedokumentation, aber auch von Fähigkeiten zum Umgangs mit technischen Hilfsmitteln, wie PC und Computerprogrammen. Die Kompetenzentwicklung im Anpassungsbereich der Fähigkeit zur Dokumentation wird vermutlich durch den erhöhten Dokumentationsumfang und eine zeitweilig doppelt geführte Pflegedokumentation noch gefördert, da die Mitarbeiter ihre Berichte genauer, detaillierter aber auch vollständiger verfassen und durch das Programm Teilbereiche der Pflegedokumentation, wie Flüssigkeits- und Ernährungsassessments, abgebildet werden, die bisher nicht in diesem Umfang eingeführt wurden.

Durch den anfänglichen Zeitaufwand der Dateneingabe und die Auseinandersetzung mit dem Dokumentationsprogramm müssen die Mitarbeiter Fähigkeiten entwickeln, um diese zusätzlichen Aufgaben arbeitsorganisatorisch einzuplanen. Dieser Veränderungsprozess stellt einen denkbaren Einflussfaktor für die Entwicklung von Planungs- und Organisationsfähigkeiten sowie Flexibilität und Anpassungsfähigkeit dar, um auch mögliche Zeitkapazitäten flexibel für die Dokumentation zu nutzen.

6. *Die Einführung der elektronischen Pflegedokumentation, als Projekt der Qualitätsentwicklung, beeinflusst vermutlich ebenfalls eine Entwicklung von individuellen personalen Kompetenzen und sozial-kommunikativen Kompetenzen, wie der Team- und Kooperationsfähigkeit bei Pflegekräften.*

Im Zusammenhang mit der Einführung der elektronischen Pflegedokumentation, die durch zusätzliche Belastung, aber auch durch die in der Einrichtung festgelegte Einarbeitungszeit in der Freizeit gekennzeichnet ist, wird eine Kompetenzentwicklung bei den Mitarbeitern im Bereich personaler Kompetenzen in Form von Distanzierungsfähigkeiten (Resignation) vermutet. Diese Kompetenzentwicklung kann mit den geplanten Abläufen zur Einarbeitung in Zusammenhang gebracht werden. Die Mitarbeiter können diese Festlegungen nicht beeinflussen und sind so verpflichtet, sich in ihrer Freizeit in das Programm



einzuarbeiten und es mit den Daten ihrer Bezugsbewohner zu aktualisieren. Diese Veränderung empfinden sie als zusätzliche Belastung. Als Ergebnis dieser Veränderungen und Wahrnehmungen kommt es zur Resignation, möglicherweise auch aus Furcht vor Sanktionen und der Tatsache, dass noch mehr Zeit für die Bewohnerbetreuung verloren geht.

Aufgrund der von den Mitarbeitern entdeckten Gemeinsamkeiten, wie fehlenden Kenntnissen zur Arbeit am Computer oder Ängsten, die diese Arbeit mit sich bringt, entwickeln die Pflegekräfte offenbar Team- und Kooperationsfähigkeiten im Sinne eines Teamzusammenhalts, die sich in der Zusammenarbeit und gegenseitigen Unterstützung zeigen. Veränderung und Angst „schweißt die Pflegekräfte zusammen“ und fördert somit Teamarbeit und Kooperationsfähigkeit.

*7. Die strukturelle Veränderung der Bewohnerklientel in der Altenpflegeeinrichtung erfordert die Entwicklung systematischer Bildungsmaßnahmen zur Kompetenzentwicklung von Pflegekräften.*

*Gezielte Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen zu medizinischem Fachwissen, beeinflussen wahrscheinlich die Entwicklungen fachlich-methodischer Kompetenzen, wie Fähigkeiten zu validieren, sowie personale Kompetenzen und Beziehungskompetenzen bei Pflegekräften.*

Eine weitere Erkenntnis, die sich aus den Ergebnissen ableiten lässt, bezieht sich auf eine Kompetenzentwicklung durch strukturelle Veränderungen der Bewohnerklientel in Altenpflegeeinrichtungen. Dabei sind zwei Bewohnerklassifikationen erkennbar, einerseits die zunehmenden dementen und verwirrten Bewohner und andererseits die steigende Anzahl aufgeklärter und informierter Bewohner.

Die Pflege und Betreuung zunehmend verwirrter, dementer und pflegeaufwändiger Bewohner erfordern Qualitätsentwicklungsmaßnahmen im Bereich der Weiterbildung. Zu den Bildungsmaßnahmen in der Einrichtung zählen gezielte Fort- und Weiterbildungsprogramme in den Bereichen spezifischer gerontopsychiatrischer Krankheitsbilder und der Dementenbetreuung. Die Mitarbeiter werden zum Umgang mit dementen und aggressiven Bewohnern weitergebildet, wobei sich die Fortbildungen nicht nur auf die Vermittlung von Informationen zum Fachwissen Validation und auf medizinisches Wissen beziehen, sondern auch auf die Einschätzung von Krankheitsbildern und Handlungsfähigkeiten für individuelle Entwicklungen im Bereich des Persönlichkeitsschutzes der Mitarbeiter.

An den Ergebnissen wird erkennbar, dass die Entwicklung von Fachwissen durch Bildungsmaßnahmen einen erheblichen Anteil an der Kompetenzentwicklung von personalen Kompetenzen, Beziehungskompetenzen und fachlich-methodischen Kompetenzen in den Ausprägungen eines selbstbewussten Umgangs mit den Bewohnern sowie der Beziehungsfähigkeiten der Mitarbeiter haben. Die Anforderungen, die an die Mitarbeiter gestellt werden, demente aber auch unangepasste Bewohner zu pflegen und zu betreuen, unterstützen somit eine Entwicklung von individuellen Kompetenzen der Distanzierungs- und auch Durchsetzungsfähigkeit.

8. *Die strukturelle Veränderung der Bewohnerklientel in der Altenpflegeeinrichtung beeinflusst vermutlich eine Entwicklung von Kompetenzen im Ausprägungsbereich der Durchsetzungs- und Distanzierungsfähigkeit sowie eine Entwicklung der Flexibilität und Anpassungsfähigkeit bei Pflegepersonal.*

Die strukturelle Veränderung der Bewohnerklientel, das aufgeklärter und informierter ist, scheint ebenfalls eine Entwicklung von Kompetenzen der Pflegekräfte, die allerdings nicht durch Bildungsmaßnahmen veranlasst wird, zu begünstigen. Bei diesen Bewohnern handelt es sich nach Angaben der Mitarbeiter um unangepasste und fordernde Bewohner, die darauf bestehen die Leistungen die sie bezahlen, auch zu erhalten. Dabei bemerken die Mitarbeiter aber auch eine Entwicklung bei den Bewohnern, die darin deutlich wird, dass die Bewohner teilweise nicht einschätzen können, welche Forderungen gerechtfertigt sind und welche von den Pflegekräften nicht erbracht werden müssten, weil die Bewohner zu diesen Pflegehandlungen selbst noch fähig sind. Die Mitarbeiter erweitern anscheinend aufgrund der zunehmenden Belastungen und Mehrarbeit, die die Bewohner einfordern, personelle Kompetenzen in den Bereichen der Distanzierungs- und Durchsetzungsfähigkeit, indem sie sich gegen die Forderungen der Bewohner schützen, wehren und Wünsche der Bewohner ablehnen bzw. Bewohner auch warten lassen. Allerdings sind die Mitarbeiter an dieser strukturellen Entwicklung nicht ganz unbeteiligt. Das wird daran erkennbar, dass die Mitarbeiter sich eingestehen, die Bewohner mit Pflegestufe 1 teilweise viel zu umfassend zu betreuen und häufigere Kontrollen vornehmen, als notwendig wäre.

Im Zusammenhang mit dieser Erläuterung muss diese Erkenntnis nochmals differenzierter formuliert werden: Eine strukturelle Veränderung der Bewohnerklientel im Bereich aufgeklärter, informierter und fordernder Bewohner erfordert zunächst eine gewisse Anpassung der Mitarbeiter an die Bewohner. Da die Bewohner diese Anpassung scheinbar ausnutzen, sehen sich die Mitarbeiter mit einer Überforderung konfrontiert, die sie kompensieren, indem sie personelle Kompetenzen und Beziehungskompetenzen der Distanzierung und der Durchsetzung entwickeln.

9. *Ein Kompetenzverlust im Ausprägungsbereich der Fähigkeit zur Selbstbeherrschung als personale Kompetenz wird offenbar durch die persönliche Entwicklung der Mitarbeiter sowie durch eine Veränderung der Bewohnerstruktur beeinflusst.*

Die Entwicklung eines Defizits im Ausprägungsbereich der Fähigkeit zur Selbstbeherrschung steht vermutlich im Zusammenhang mit einer persönlichen Entwicklung der Mitarbeiter und eventuell auch in Verbindung mit strukturellen Veränderungen der Bewohner, die aufwändiger zu pflegen sind und zunehmend dementer werden. Das bedeutet, mit einer Zunahme aufwändig zu pflegender und zu betreuender Bewohner, die häufiger die Hilfe der Mitarbeiter in Anspruch nehmen müssen, kann es dazu kommen, dass sich die Mitarbeiter mit der nächtlichen Pflege überfordert fühlen und überreagieren. Es wird ein Kompetenzverlust der Fähigkeit zur Selbstbeherrschung erkennbar, der dadurch gekennzeichnet ist, dass sich die Pflegekräfte nicht mehr unter Kontrolle haben und im Umgang mit den Bewohnern unhöflich und beleidigend werden, anstatt sachlich zu bleiben. Dieser Kompetenzverlust könnte auf eine persönliche Entwicklung der Mitarbeiter zurückgeführt werden. Diese wird vermutlich auch durch die Anpassung der personellen Strukturen bzw. des Personaleinsatzes an die gegebenen Bewohnerstrukturen

unterstützt, indem von Seiten der Leitung an dieser Stelle interveniert wird, um dieser Entwicklung entgegenzuwirken. Genauer gesagt, wenn die Leitung aus wirtschaftlichen Gründen vermehrt demente und aufwändig zu pflegende Bewohner in das Heim aufnimmt, muss sie zwangsläufig interne Strukturen verändern, um eine hohe Pflegequalität zu gewährleisten. An diesem Kompetenzverlust wird erkennbar, dass Qualitätsentwicklung eine ständige Neuausrichtung und Anpassung interner Strukturen und organisatorischer Abläufe an externe Faktoren erforderlich macht.

*10. Eine individuelle Kompetenzentwicklungen der Planungs- und Organisationsfähigkeit sowie der Flexibilität und Anpassungsfähigkeit bei Pflegekräften wird vermutlich durch eine strukturelle Veränderung der Bewohnerklientel in der Altenpflegeeinrichtung beeinflusst.*

Die Veränderung der Bewohnerstrukturen in Altenpflegeeinrichtungen begünstigt in Anbetracht eines Anstiegs von dementen und verwirrten Bewohnern sowie aufgeklärten und informierten Bewohnern bei den Mitarbeitern eine Entwicklung organisatorischer und planerischer Fähigkeiten. Diese Fähigkeiten sind durch flexible und anpassungsfähige Verhaltensweisen in der Arbeitsorganisation und Durchführung der Pflege und Betreuung von dementen Bewohnern gekennzeichnet. Weiterhin entwickeln die Pflegekräfte durch die zunehmende Anzahl aufgeklärter, informierter und dadurch fordernder Bewohner (Handlungs-)Fähigkeiten zur Veränderung gewohnter Arbeitsabläufe und demnach zur Integration und Durchführung neuer und zum Teil pflegefremder Servicetätigkeiten in ihre bisherigen Arbeitsbereiche. Dieses Erweitern gewohnter Arbeitshandlungen ist durch eine Flexibilität in der Arbeitsorganisation charakterisiert, die eine Kompensation zeitlicher Verluste durch Umstrukturierungen von Handlungen erforderlich macht. Dabei wird eine Priorisierung im Sinne einer Beendigung begonnener Tätigkeiten festgestellt, die bei den Bewohnern dazu führt, dass diese länger warten und häufiger klingeln müssen. Weiterhin entsteht bei den Bewohnern der Eindruck einer schlechten Erreichbarkeit der Pflegekräfte und einer Personalabnahme. Die Mitarbeiter entwickeln durch die Prioritätensetzung Kompensationsmöglichkeiten zum Umgang mit den nicht beeinflussbaren vorherrschenden zeitlichen und personalen Strukturen.

*11. Transparenz, Kontrolle und Kritik als Managementaufgaben der Qualitätssicherung in Altenpflegeeinrichtungen beeinflussen anscheinend die Entwicklung von Beziehungskompetenzen im Ausprägungsbereich der Beziehungsfähigkeit bei Pflegekräften.*

Diese Erkenntnis wird aus den Ergebnissen zur Veränderung der Beziehungskompetenz abgeleitet. Transparenz, Kontrolle und Kritik leiten sich aus der, von der Leitung durchgeführten, Konfrontation der Pflegekräfte mit den beobachteten Ergebnissen zur Tagesstruktur, Arbeitsorganisation, zur Nutzung von Zeitkapazitäten und Beschäftigung mit den Bewohnern ab. Demzufolge kann angenommen werden, dass die Offenlegung von Problembereichen in der Betreuung der Bewohner, die Auseinandersetzung mit den Kritikpunkten und Erarbeitung von Verbesserungspotentialen sowie die Kontrolle der Umsetzung von Beschäftigungs- und Betreuungsmaßnahmen durch die Leitung eine Kompetenzentwicklung bei den Mitarbeitern unterstützt. Somit werden die Mitarbeiter durch ein Transparentmachen und Kritisieren von Fehlern aufgefordert, ihre Arbeitsorga-

nisation, derzeitige Betreuung und Beschäftigung mit den Bewohnern und zeitliche Kapazitäten einzuschätzen. Im Ergebnis organisieren sie Singkreise, Gedächtnisaktivierung und 10-Minutenaktivierung gemeinsam mit den Bewohnern auf den Wohnbereichen und führen diese auch durch. Insofern werden neben (Handlungs-)Fähigkeiten zur Beziehungsgestaltung auch Reflexionsfähigkeiten sowie Planungs- und Organisationsfähigkeit entwickelt, die wiederum die Entwicklung der Betreuungs- und Beschäftigungsqualität beeinflussen.

- 12. Die Veränderung der Personalstruktur beeinflusst anscheinend die Entwicklung von Beziehungskompetenzen im Ausprägungsbereich der Beziehungsfähigkeit bei Altenpflegekräften.*

Eine Kompetenzentwicklung der Beziehungsfähigkeit wird scheinbar auch durch eine Veränderung der Personalstruktur unterstützt. Diese Veränderung bezieht sich auf einen Einsatz von 1-Euro-Jobbern, häufig für die Betreuung aufwändig zu pflegender Bewohner. Diese Personen unterhalten sich mit Bewohnern oder gehen mit ihnen spazieren. Allerdings kann dieses Konzept nicht zu einer kontinuierlichen Kompetenzentwicklung im Bereich der Beziehungsgestaltung verhelfen, da der Einsatz dieser Aushilfskräfte nicht stetig erfolgt. Die Mitarbeiter, die im Nachmittagsdienst nur zu zweit für 30 Bewohner zuständig sind, schätzen aber auch eine vorübergehende Beschäftigung und Betreuung der Bewohner durch 1-Euro-Jobber als positive Qualitätsentwicklung der Betreuungsqualität ein. Nicht zuletzt dadurch, weil ihnen eine flexiblere Planung und Organisation ihrer Pflegetätigkeiten ermöglicht wird und sie sich somit mehr Zeit für die Pflege der Bewohner nehmen können.

- 13. Personelle Veränderungen beeinflussen offenbar auch einen Kompetenzverlust bei Pflegekräften im Bereich der Beziehungsfähigkeit und der Fähigkeit Vertrauen herzustellen.*

Diese These kann aus den Aussagen der Mitarbeiter zur Veränderung der Personalstruktur durch den Einsatz von 1-Euro-Jobbern, anhand eines grundsätzlichen Personalwechsels mit dem Ziel der Selektion und Zusammenstellung gut funktionierender Teams, aber auch im Zusammenhang mit dem Einsatz junger Mitarbeiter (Praktikanten), abgeleitet werden. Die Mitarbeiter und Bewohner bemerken, dass zu viele neue Mitarbeiter die Bewohner verwirren und zu einem Verlust im Vertrauensverhältnis der Mitarbeiter zu den Bewohnern führen. Daraufhin versuchen die Mitarbeiter bereits bestandene Vertrauensverhältnisse zu den Bewohnern immer wieder erneut aufzubauen, da sich die Bewohner häufig an Menschen gewöhnen müssen, die nur für einen kurzen Zeitraum in der Altenpflegeeinrichtung arbeiten. Eine Mitarbeiterin schildert, dass „der Bezug zum Bewohner aufgeschwemmt“ wird und das Risiko besteht, dass sich die Bewohner zurückziehen und noch weniger kommunizieren. Das führt dazu, dass die Beziehungsgestaltung und Betreuungsqualität immer wieder erneut entwickelt werden muss.

- 14. Eine Kompetenzentwicklung der Team- und Kooperationsfähigkeit und der Planungs- und Organisationsfähigkeit sowie der Flexibilität und Anpassungsfähigkeit von Pflegekräften wird vermutlich durch Veränderungen der Personalstruktur beeinflusst.*

Ein weiterer Aspekt, der durch die Veränderung der Personalstruktur sichtbar wird, besteht darin, dass sich die Mitarbeiter selbst immer wieder auf neue Menschen einstellen müssen, indem sie Aushilfskräfte und neue Kollegen in bestehende Teams integrieren und ihre Zusammenarbeit und Kooperation weiterentwickeln. Es findet ein Umdenken und Lernen bei den Pflegekräften statt, das (durch die Veränderungen in der Personalstruktur und die Einarbeitung neuer Mitarbeiter) eine individuelle Kompetenzentwicklung der Team- und Kooperationsfähigkeit unterstützt. Die Integration und Einarbeitung der Kollegen in die Teams und vorherrschenden Arbeitsabläufe erfordert von den Pflegekräften Flexibilität und Organisationsfähigkeiten, um den zeitlichen Aufwand für arbeitsorganisatorische Abweichungen von der alltäglichen Pflege und Betreuung auszugleichen. Demzufolge entwickeln die Pflegekräfte in diesem Zusammenhang auch individuelle Kompetenzen der Planungs- und Organisationsfähigkeit sowie der Flexibilität und Anpassungsfähigkeit weiter.

## 10.2 Qualitätsentwicklung erfordert Kompetenzentwicklung

*15. Die Qualitätsentwicklung der Pflegedokumentation erfolgt offenbar zu Lasten einer notwendigen personalen Kompetenzentwicklung von Reflexionsfähigkeiten.*

Der verstärkte Umfang an Dokumentationsanforderungen, die im Zusammenhang mit der Einführung der elektronischen Pflegedokumentation aber auch der gesetzlichen Vorschriften an die Mitarbeiter gestellt werden, begünstigt anscheinend eine Zunahme unreflektierter Dokumentationen von Bewohnerverhaltensweisen. Diese These wird mit Blick auf die Feststellung formuliert, dass Pflegekräfte es als wichtiger und notwendiger ansehen, sich abzusichern und zu rechtfertigen, indem alle Situationen und Ablehnungen der Bewohner dokumentiert werden, ohne die tatsächlichen Hintergründe für das Verhalten der Bewohner zu reflektieren. Demzufolge kann angenommen werden, dass die Qualitätsentwicklung der Pflegedokumentation die eigentlich erforderliche Entwicklung von Reflexionsfähigkeiten zunächst deutlicher erkennbar werden lässt, aber auch in den Hintergrund verdrängt. Die Kompensation von Defiziten im Anpassungsbereich der Reflexionsfähigkeit erfolgt somit durch eine gesteigerte Dokumentation, die scheinbar auch den Vorteil hat, das bestehende Problem schneller zu lösen bzw. erst einmal zu verschieben.

*16. Die Qualitätsentwicklung der Bezugspflege im Sinne einer weiterentwickelten Angehörigenarbeit erfordert die Entwicklung von sozial-kommunikativen Kompetenzen in Form von Kommunikationsfähigkeiten und der Fähigkeit zur Kooperation mit Angehörigen bei den Pflegekräften.*

Die bereits angesprochene Veränderung der Bewohnerklientel wird von den Mitarbeitern auch in den Zusammenhang einer zunehmenden Aufklärung von Angehörigen gebracht. Die Angehörigen fordern von den Pflegekräften zusätzliche betreuende Tätigkeiten, aber auch vermehrte Service-Aufgaben, die jedoch nicht explizit vergütet werden und teilweise sehr zeitaufwendig sind. In diesem Zusammenhang wird erkennbar, dass die Mitarbeiter in solchen Situationen mit den Angehörigen in ihrer Argumentation und Kommunikation überfordert sind. Die Angehörigenarbeit, die zunehmend als ein Bestandteil der Qualitäts-

entwicklung einer Altenpflegeeinrichtung erkannt wird, erfordert von den Pflegekräften eine individuelle Kompetenzentwicklung kommunikativer Fähigkeiten und Kooperationsfähigkeiten. Die Angehörigen müssen einerseits über die Probleme der Finanzierung und Leistungserbringung der Pflege und andererseits auch über das Berufsbild und Berufsverständnis der Pflegekräfte aufgeklärt werden. Diese Aufgaben obliegen der Leitung im Zusammenhang mit der Heimaufnahme von neuen Bewohnern und insbesondere den Bezugspflegekräften, da die Kontakte zu den Angehörigen einen Teil ihrer Arbeit und einen Aspekt des Bezugspflegekonzepts darstellen.

*17. Die Veränderung von Strukturen und Abläufen allein begünstigt noch keine Qualitätsentwicklung in der Pflege, vielmehr erfordert Qualitätsentwicklung die Entwicklung von fachlich- methodischen Kompetenzen und von Beziehungskompetenzen der Pflegekräfte.*

Die Rückmeldung der Beobachtungsergebnisse an die Leitung und Pflegekräfte beeinflusste nach Aussagen der Leitung Veränderungen in der Pflegequalität in der Einrichtung. Diese Veränderungen betreffen die Sensibilisierung der Mitarbeiter, die der Individualität und Intimität des Bewohners im Zusammenhang mit der Pflege verstärkt Beachtung schenken sollen. Eingeleitet wurde diese Veränderung durch Gespräche, in denen die Mitarbeiter gebeten wurden, auf geschlossene Türen bei der Pflege zu achten und ihre Verhaltensweisen zu ändern. Unter Berücksichtigung der Bewohneraussagen muss festgestellt werden, dass hinter den Zimmertüren der Bewohner jedoch keine Qualitätsentwicklung stattfand. Diese Erkenntnis führte zu Überlegungen und zur Entwicklung der These, dass strukturelle Veränderungen auf der Ebene der Arbeitsorganisation allein nicht ausreichend sind, um die Pflegequalität zu verbessern. Genauer gesagt, müssen die Mitarbeiter auch auf der individuellen Ebene einfühlende und wahrnehmende Fähigkeiten, aber auch fachliche Kompetenzen entwickeln, um diesen wichtigen Qualitätsaspekt der Beachtung von Intimsphäre und Individualität des Bewohners in der täglichen Pflege und Betreuung zu erfüllen. Um eine individuelle Kompetenzentwicklung möglich zu machen, bedarf es neben den angesprochenen arbeitsorganisatorischen Veränderungen auch der Berücksichtigung anderer Faktoren, wie gezielter Bildungsmaßnahmen, einer kritischen Personalauswahl und der Schaffung eines Gestaltungs-(Frei-)Raums für das Lernen der Mitarbeiter. Diese Aspekte werden im Zusammenhang mit den folgenden Thesen erläutert.

### **10.3 Kompetenzentwicklung benötigt Veränderung, Entwicklung und Zeit**

*18. Kompetenzentwicklung benötigt gezielte Bildungsmaßnahmen für ungelernte Pflegekräfte.*

Diese Erkenntnis wird auf der Grundlage von Defiziten im Bereich fachlicher Kompetenzen der Mitarbeiter abgeleitet. Demnach kann eine Kompetenzentwicklung im Bereich eines fachlichen korrekten und validierenden Umgangs mit dementen Bewohnern durch Fortbildungen, die im Altenpflegeheim durchgeführt werden, gefördert werden. Gerade im Zusammenhang mit der Einstellung von Aushilfskräften oder Praktikanten sind Fortbildungen zum Umgang mit dementen Bewohnern erforderlich, um eine Überforderung dieser

Mitarbeiter in der Konfrontation und Reaktion auf Demente in unvorhergesehenen Situationen zu vermeiden. Diese These kann auch damit begründet werden, dass eine Entwicklung von Fachwissen in Fort- und Weiterbildung aus Sicht der Pflegekräfte eine Kompetenzentwicklung fachlicher Anwendungsfähigkeiten unterstützt und somit Erfolg versprechend ist.

*19. Kompetenzentwicklung erfordert Gestaltungs-(Frei-)Raum für ein Lernen der Pflegekräfte.*

Anhand der Ergebnisse der Interviews wird erkennbar, dass sich Defizite im Anpassungsbereich der Reflexionsfähigkeit nicht im Sinne einer vorhandenen Fähigkeit weiterentwickelten, obwohl Fort- und Weiterbildungsangebote im Bereich der Validation und des Persönlichkeitsschutzes stattfinden und die Leitung angibt, dass die Mitarbeiter dadurch Krankheitsbilder und Verhaltensweisen der Bewohner besser einschätzen und einordnen können.

Die Durchführung von Bildungsmaßnahmen zur Vermittlung von Informationen zu medizinischem und pflegerischem Fachwissen begünstigt vermutlich eine fachliche Kompetenzentwicklung, jedoch keine angestrebte Entwicklung personaler Kompetenzen der Pflegekräfte. Vielmehr erfordert die Entwicklung von Reflexionsfähigkeiten der Mitarbeiter eine Veränderung des Informations- und Kommunikationsmanagements in der Einrichtung. Dies bedeutet, dass die Zeit in den Teambesprechungen nicht ausschließlich für die Vermittlung von Informationen aus dem Zuständigkeitsbereich der Pflegedienstleitung aufgewendet, sondern gezielt und intensiv für problembezogene Fallbesprechungen der Pflegekräfte genutzt wird, damit die Mitarbeiter Reflexionsfähigkeiten entwickeln und anwenden können. In diesem Zusammenhang werden organisatorische Veränderungen in der Informationsvermittlung von Seiten der Leitung erforderlich, um einen Gestaltungsraum für ein Lernen der Pflegekräfte zu schaffen und dadurch eine individuelle Kompetenzentwicklung zu unterstützen.

Eine Veränderung des Informations- und Kommunikationsmanagements sollte dabei nicht nur zwischen Leitung und Mitarbeitern, sondern auch zwischen den Mitarbeitern erfolgen. Die Ergebnisse machen deutlich, dass die Entwicklung fachlicher Kompetenzen auch von einer Weitergabe der Informationen sowie der Anleitung und Übergabe von Tätigkeiten zwischen den Kollegen abhängig ist, um insbesondere Aushilfskräfte in die Arbeitsorganisation einzuarbeiten und im Umgang mit dementen Bewohnern zu unterweisen.

*20. Die Persönlichkeit von Pflegekräften und die Personalauswahl beeinflussen das Lernen und die Entwicklung von personalen, sozial-kommunikativen Kompetenzen und Beziehungskompetenzen bei Pflegekräften.*

Diese These wird im Zusammenhang mit der Erkenntnis aufgestellt, dass die Persönlichkeit einer Pflegekraft und damit die Personalauswahl ausschlaggebend für Lernen und Kompetenzentwicklung sind. In den Ergebnissen wurden verfügbare und nicht vorhandene Fähigkeiten ermittelt, deren Entwicklung teilweise auf die Persönlichkeit des Mitarbeiters zurückgeführt werden kann. Dabei beschreibt eine Mitarbeiterin, dass es gerade bei der Einstellung von Pflegekräften auf eine gezielte Auswahl geeigneter Mitarbeiter ankommt. Diese Mitarbeiter sollten physisch und psychisch belastbar sein, innerlich ruhig bleiben

können, Beleidigungen und Angriffe von Bewohnern zum Selbstschutz erdulden, ignorieren und vergessen können:

*„Eigentlich geht es ja schon mit der Einstellung los. Das man dort eben die geeigneten Mitarbeiter sage ich mal, von der Person her, sowohl jetzt von der menschlichen Seite, als auch von der fachlichen Seite, die Qualifikation von Haus aus schon mitbringen. [...] Die Mitarbeiter sollten, also sollten von ihrem gesamten Habitus so geschaffen sein, dass sie halt mehr die ruhigeren Menschen sind, die die Ruhe ausstrahlen.“ (17, 34-40).*

Einige dieser Voraussetzungen sind offenbar durch Weiterbildung erlernbar, dabei scheint das Lernen jedoch erfolgreicher zu verlaufen, wenn auf einem gewissen individuellen Kompetenzniveau aufgebaut wird und Fähigkeiten, sich in andere einzufühlen und hineinzusetzen sowie Fähigkeiten zur Wahrnehmung oder zur Hilfeleistung weiterentwickelt werden. Somit beeinflussen anscheinend auch individuelle personelle Zustände und Eigenschaften das pflegerische Handeln und die Beziehungsgestaltung von Pflegekräften mit Bewohnern, aber auch das Erlernen und Weiterentwickeln dafür erforderlicher Kompetenzen im Umgang mit Bewohnern und anderen Menschen.

*21. Kompetenzentwicklung benötigt vorgegebene und veränderbare Strukturen in einer Pflegeeinrichtung.*

*Kompetenzentwicklung im Bereich der Kommunikationsfähigkeit und Beziehungsgestaltung erfordert strukturelle und organisatorische Veränderungen, um Qualitätsentwicklung in der Bezugspflege zu erreichen.*

Diese Erkenntnis wird im Zusammenhang mit Defizitentwicklungen bzw. Kompetenzverlusten im Ausprägungsbereich der Beziehungsfähigkeit und der eingeschränkten Kommunikationsfähigkeit formuliert. Tatsache ist, dass im untersuchten Altenpflegeheim das Bezugspflegekonzept nur teilweise eingeführt wurde. Das bedeutet, die Mitarbeiter übernehmen für ihre Gruppe von sechs Bewohnern die Pflegedokumentation und stehen als konkreter Ansprechpartner für Probleme auch den Angehörigen zur Verfügung. Im Ergebnis dieser Veränderung wurde eine Qualitätsentwicklung im Bereich der Pflegedokumentation erreicht:

*„Indem Verantwortlichkeiten für schriftliche Unterlagen in der Dokumentation klar auf die Bezugspflegekräfte delegiert worden sind, und sie die Verantwortung auch wahrnehmen, und damit eine Erhöhung der Qualität und der Vollständigkeit der Dokumentation sichtbar wird.“ (2, 70).*

Um die Bezugspflege auch im pflegerischen Kontext umzusetzen und damit eine Anwendung und Entwicklung von kommunikativen Kompetenzen und der Beschäftigung und Betreuung der Bewohner nicht nur auf dem Papier zu ermöglichen, sind Veränderungen der Personalstruktur, aber auch arbeitsorganisatorische Veränderungen erforderlich. Diese wurden jedoch bewusst nicht vorgenommen, da das Personal fehlt, um eine Ersetzbarkeit der Mitarbeiter sicherzustellen. Insofern kann eine Bezugspflege nicht konsequent umgesetzt werden, sondern es wird im Funktionspflegeprinzip gepflegt und betreut. Eine Bewohnerin berichtet zum Veränderungsprozess, dass zu Beginn der Einführung des Qualitätsmanagement die Arbeit im Frühdienst anders organisiert war:



*„Da hat sich zum Beispiel geändert, dass eine Pflegekraft uns früh wäscht und dann kommt die nächste Pflegekraft die macht die Betten. Sonst hat eine alles zusammen gemacht.“ (8, 82).*

Ein Kompetenzverlust bzw. eine Defizitentwicklung wird somit vor dem Hintergrund einer Qualitätsentwicklung der Pflegedokumentation „in Kauf genommen“, da offensichtlich bestandene Organisationsstrukturen verändert wurden und sich die Pflegekräfte somit an die Situation anpassen mussten, wobei im Ergebnis eine Kommunikation nur noch eingeschränkt und während der Pflege im Zimmer der Bewohner stattfindet.

*22. Die Zeit – zu verstehen als ein Gewöhnungszeitraum – begünstigt die Entwicklung von Beziehungskompetenzen im Bereich von Handlungsfähigkeiten zur Beziehungsgestaltung und Vertrauenswürdigkeit.*

Der Gewöhnungszeitraum eines Bewohners, der neu in ein Altenpflegeheim kommt, das Kennenlernen der Mitarbeiter und der anderen Bewohner – ein Zeitraum, der mit einem dreiviertel Jahr von den Mitarbeitern angegeben wird – ermöglicht die Entwicklung einer Beziehung zwischen Bewohnern und Mitarbeitern. Die Mitarbeiter sprechen von neu wahrgenommenen „Eigenheiten“ der Bewohner, „fallenden Fassaden“ einer „intensiveren Zwischenmenschlichkeit“, aber auch von einer Austestung der Grenzen, ob die Mitarbeiter auch noch beim zwanzigsten Klingeln ins Zimmer kommen und kleine Wünsche erfüllen. Diese durch die Zeit geprägte „Aneinandergewöhnung“ beeinflusst Veränderungen im Vertrauensverhältnis, in der Beziehung zwischen Mitarbeitern und Bewohnern, in der Wahrnehmung von Interessen und Wünschen und in der Verantwortung und somit eine Entwicklung des gesamten Bereichs Beziehungskompetenz. In diesen Bereich der Entwicklung zählen auch Ausprägungsbereiche der Fähigkeit, sich in andere einzufühlen und hineinzusetzen und der Distanzierungsfähigkeit, um einen „engen familienähnlichen Kontakt“ der Mitarbeiter zu den Bewohnern zu vermeiden. Gründe dafür sind in personalen Kompetenzen zu sehen, indem sich die Mitarbeiter emotional schützen und sich vom Bewohner distanzieren, um deren Leiden ertragen zu können, ohne mitleiden. In den Experteninterviews wird deutlich, dass auf die Förderung dieser Kompetenzen Wert gelegt wird. Dazu werden Fort- und Weiterbildungen zur Thematik „Psychohygiene“ durchgeführt, um personale Kompetenzen und Beziehungskompetenzen der Mitarbeiter zu entwickeln:

*„In den Bereich der Psychohygiene würde ich auf jeden Fall ein Stück Selbstschutz, eben kompetenter Umgang mit Aggressionen der Bewohner fügen wollen. In dem Bereich ja, wie gehe ich mit der Problematik der Leiden der alten Menschen selber um, dass ich das ertragen kann, dort auch zu unterscheiden zwischen Mitgefühl in dem Sinne aber nicht mit leiden ...“ (2, 78).*

*23. Kompetenzentwicklung und damit Qualitätsentwicklung erfordert eine individuelle Veränderung des Berufs- und Pflegeverständnisses bei Leitungs- und Pflegekräften.*

Wenn Pflege als Dienstleistung am und für den Bewohner verstanden werden soll, ist es notwendig, dass sich die Mitarbeiter an die Bewohner anpassen. Das bedeutet, den Mitarbeitern müssen mehr organisatorische und planerische Möglichkeiten zum Lernen und der Kompetenzentwicklung zugestanden werden, um sich mit ihrer Bewohner-

Bezugsgruppe zu beschäftigen und mit ihnen den Tagesablauf zu gestalten. An dieser Stelle sind der Kompetenzentwicklung einfach Grenzen gesetzt, die durch die Veränderungen von Strukturen und Organisation allein nicht überwindbar sind. Auch das Berufs- und Pflegeverständnis der Pflegekräfte muss sich einem Wandel unterziehen. Diese Entwicklung stellt eine Perspektive für die Zukunft dar.

## **11 Lernen und die Auswirkungen von Lernen in der Qualitätsentwicklung**

Die Anforderungen in den spezifischen Lernbereichen, die an die Mitarbeiter im Zusammenhang mit dem selbstgesteuerten Lernen in der Qualitätsentwicklung gestellt werden, wurden in Kapitel 10 anhand der Thesen zusammenfassend erläutert. Dabei wurde deutlich, dass die Mitarbeiter mit vielfältigen Lernanforderungen konfrontiert werden, die sie durch selbstgesteuertes Lernen bewältigen, indem sie (Handlungs-)Fähigkeiten, aber auch Defizite entwickeln und auch Kompetenzen verlieren, um die Anforderungen des Arbeitsalltags und der Qualitätsentwicklung zu gestalten.

Anhand der Thesen wird ebenfalls erkennbar, dass ein Lernen der Mitarbeiter im Kontext von Qualitätsmanagement vorhandene und vorgegebene Strukturen und organisatorische Abläufe benötigt, damit einerseits Lernen und andererseits auch organisatorische und strukturelle Veränderungen und Entwicklungen überhaupt möglich sind. Demnach verlangt das Lernen als Voraussetzung unter anderem Managementstrukturen, wie Transparenz der Leitungstätigkeiten für die Mitarbeiter, aber auch Kontrolle und Kritik von Seiten der Leitung an der Arbeit der Pflegekräfte, damit sich die Mitarbeiter an der Entwicklung und Verbesserung von Strukturen und Organisation ihrer Pflegehandlungen beteiligen. Qualitätsentwicklung benötigt darüber hinaus die Veränderung von Arbeitsstrukturen, Arbeitsabläufen und Informationsstrukturen, um die Basis für eine Akzeptanz der Mitarbeiter, ihre Erkenntnis zur Notwendigkeit für Qualitätsverbesserung sowie ihre Beteiligung an der Qualitätsentwicklung zu schaffen, und dadurch dem selbstgesteuerten Lernen und der Kompetenzentwicklung einen Gestaltungsrahmen zu geben.

An dieser Stelle lässt sich die Verknüpfung zu den vorgestellten Lernansätzen selbstgesteuertes und selbstorganisiertes Lernen im Kontext der Qualitätsentwicklung herstellen. Dabei können die getroffenen Aussagen, dass die Mitarbeiter in der Qualitätsentwicklung selbstgesteuert lernen, anhand der Erkenntnisse und Thesen bestätigt werden. Es wird offensichtlich, dass ein selbstorganisiertes Lernen im Rahmen der Qualitätsentwicklung in einer Organisation schwer umsetzbar ist, da das Lernen und die Kompetenzentwicklung vom Management vorgegebene Strukturen und Organisation verlangt, die nicht allein durch die Beteiligung der Mitarbeiter an der Qualitätsentwicklung „selbstorganisiert“ neu konstruiert werden. Sie werden durch den Mitarbeiter vor dem Hintergrund des selbstgesteuerten Lernens entwickelt, verändert und ausgestaltet. Eine Qualitätsentwicklung in Organisationen wird somit durch ein selbstgesteuertes Lernen der beteiligten Mitarbeiter beeinflusst und die Entwicklung ihrer Kompetenzen durch das Lernen und die Beteiligung an der Qualitätsentwicklung unterstützt.

Im Mittelpunkt der Untersuchung stand die Analyse der Bewältigung von Alltagsanforderungen, Maßnahmen zur Veränderung von strukturellen und organisatorischen Abläufen und Handlungen in der Betreuung und Pflege der Bewohner. Aus den Ergebnissen wird erkennbar, dass an die Mitarbeiter Lernanforderungen zur Entwicklung ihrer gesamten

Persönlichkeit gestellt werden und die Kompetenzbereiche der personalen, sozial-kommunikativen Kompetenz, Beziehungskompetenz und fachlich-methodischen Kompetenz umfassen.

Als besonders interessant sind die Entwicklungen personaler Kompetenzen und Beziehungskompetenzen sowie auch Kompetenzverluste in den Anpassungsbereichen der Fähigkeit zur Selbstbeherrschung, Distanzierungs- und Durchsetzungsfähigkeit, der Reflexionsfähigkeit sowie der Beziehungsfähigkeit zu bewerten, die im Zusammenhang mit der Einführung von Pflegestandards, Qualitätskontrollen und strukturellen Veränderungen der Bewohnerklientel und des Personals festgestellt wurden. Im Bereich der sozial-kommunikativen Kompetenz entwickelten die Mitarbeiter insbesondere Team- und Kooperationsfähigkeiten im Zusammenhang mit der Veränderung der Personalstruktur und es wurden Defizite im Bereich der Kooperation und Kommunikation festgestellt, die im Zusammenhang mit der Aufklärung von Angehörigen stehen. Im Kompetenzbereich der fachlich-methodischen Kompetenz wurden Entwicklungen der Fähigkeiten, (Fach)Wissen anzuwenden und der Planungs- und Organisationsfähigkeit sowie der Flexibilität und Anpassungsfähigkeit festgestellt, die im Zusammenhang mit der Einführung der elektronischen Pflegedokumentation und einer Strukturveränderung der Bewohnerklientel stehen.

Als Einflussfaktoren auf das selbstgesteuerte Lernen der Mitarbeiter und damit die Kompetenzentwicklung können neben den Projekten der Qualitätsentwicklung und den damit zusammenhängenden Veränderungen der Arbeitsorganisation, der Verlagerung von Prioritäten, und der Nutzung von Kapazitäten, auch strukturelle und organisatorische Faktoren ermittelt werden, die als Einfluss- und Wirkfaktoren im Zusammenhang mit den Lernanforderungen stehen. Mit diesen Faktoren werden die Managementstrukturen, wie der Führungsstil, die Informationspolitik der Leitung (Transparenz von Informationen), aber auch allgemeine Informations- und Kommunikationsstrukturen in der Einrichtung, Bewohnerklientel, Angehörigenklientel und Personalstruktur, angesprochen.

Die Ergebnisse und Einflussfaktoren zeigen die notwendigen Lernanforderungen und die Lernbereiche auf, die die Ausgangspunkte für die Konzeption angemessener und gezielter Unterstützungsformen für das selbstgesteuerte Lernen und die Kompetenzentwicklung darstellen. Im Hinblick auf weiterführende Forschungsperspektiven auch in Bezug auf die erwachsenenpädagogische Relevanz der Arbeit und ihrer Ergebnisse, können im Zusammenhang mit den Lernanforderungen Unterstützungsformen für selbstgesteuertes Lernen aufgezeigt werden, die in drei Interventionsbereiche für eine gezielte selbstgesteuerte Entwicklung und Erweiterung von Kompetenzen und Lernen in der Qualitätsentwicklung differenziert werden. Diese Interventions- bzw. Unterstützungsbereiche betreffen die Veränderung von Strukturen in der Organisation, die Weiterbildung der Mitarbeiter und die Personalauswahl.

## 11.1 Interventionsbereiche für Kompetenzentwicklung

Die Arbeit schließt mit der Darstellung dieser Unterstützungsbereiche und weiterführenden Forschungsthematiken und -bereiche für das selbstgesteuerte Lernen und die Kompetenzentwicklung von Mitarbeitern im Rahmen von Veränderungs- und Entwicklungsprozessen in Organisationen.

**Unterstützungsbereich Bildungsmaßnahmen**

Bereits in Kapitel 4 wurde auf die Aspekte Mitarbeiterorientierung und -entwicklung im Zusammenhang mit dem Qualitätsmanagement eingegangen und dabei die Schwerpunkte Fort- und Weiterbildung sowie Informationsvermittlung erläutert. Im Kontext der Beschreibung der Lernhaltigkeit und Lernansätze von Qualitätsmanagement-Modellen stellen diese Aspekte ebenfalls wichtige Faktoren für das individuelle Lernen der Mitarbeiter dar. Vor dem Hintergrund der Ergebnisbewertung der empirischen Untersuchung kann festgestellt werden, dass durch Informationsvermittlung im Rahmen von Bildungsmaßnahmen fachlich-methodische Kompetenz und Beziehungskompetenz entwickelt werden. Jedoch muss dazu kritisch angemerkt werden, dass sich die Weitergabe von Informationen zum Aufbau von Fachwissen nicht allein nur an das „Stammpersonal“ richten sollte, sondern die Aushilfskräfte (z. B. 1-Euro-Jobber) ebenfalls geschult werden müssen, damit sie in der Betreuung dementer Bewohner kompetent handeln. In diesem Zusammenhang wird jedoch deutlich, dass insbesondere personale und sozial-kommunikative Kompetenzen sowie Beziehungskompetenzen Bereiche darstellen, die bezogen auf das Lernen und die Kompetenzentwicklung durch Qualitätsmanagement im Hinblick auf eine Veränderung der Bewohnerklientel und die Notwendigkeit einer Angehörigenarbeit wichtige zukünftige Themenbereiche der Bildungsarbeit darstellen.

**Unterstützungsbereich Veränderung von Strukturen**

Dieser Aspekt bezieht sich auf die Veränderung interner Strukturen der Organisation im Zusammenhang mit der Informations- und Kommunikationskultur in Organisationen. Danach wird erkennbar, dass die Entwicklung von Kompetenzen auch durch Kommunikation und Interaktion zwischen Mitarbeitern gefördert werden kann. Dafür sind jedoch Veränderungen in bestehenden strukturellen und organisatorischen Gegebenheiten notwendig, um einen reflexiven Lernraum zu schaffen, in dem die Mitarbeiter Alltagssituationen besprechen können, um (Handlungs-)Fähigkeiten zu erweitern. Das Schaffen von Gestaltungs-(Frei-)Räumen für Lernen erfordert neben der Veränderung von Informationsstrukturen im Aufgabenbereich der Leitungskräfte auch die Veränderung von Managementstrukturen und Führungsstilen zugunsten der Förderung selbstgesteuerten Lernens bei den Mitarbeitern. Die Mitarbeiter benötigen die Übertragung von Eigenverantwortung, im Rahmen der Einschätzung ihres Kommunikationsbedarfs, um selbstgesteuert Teambesprechungen zu terminieren und z. B. Fallbesprechungen zur Reflexion von Pflegesituationen durchzuführen. An dieser Stelle wird erkennbar, dass Mitarbeiter und Leitungskräfte gemeinsam die Gestalter der Qualitätsentwicklung und somit auch ihrer Kompetenzentwicklung und des Lernens sind.

**Unterstützungsbereich Personalauswahl**

Der Bereich Personalauswahl kann auch als ein Interventions- und Unterstützungsbereich für die Kompetenzentwicklung betrachtet werden. Dafür müssen die Mitarbeiter gewisse Kompetenzen für die Arbeit mit Bewohnern mitbringen, die auch im Hinblick auf die Entwicklung der Pflege- und Betreuungsqualität wichtige (Handlungs-)Fähigkeiten darstellen. Die Förderung von Kompetenzentwicklung und Lernen benötigt personelle Voraussetzungen in Form von individuellen Eigenschaften der Mitarbeiter, die vorhanden sein müssen, da sich nicht jeder Mitarbeiter für die Ausübung des Berufs eines Altenpflegers eignet. Dieser Unterstützungsbereich ist demnach für die Einstellung von Mitarbei-

tern und die Erstellung von Anforderungsprofilen an das Tätigkeitsspektrum im Rahmen des Personalmanagements von Bedeutung, um zu erkennen, dass der Kompetenzentwicklung und dem Lernen auch Grenzen gesetzt sind, die sich z. B. auf die Entwicklung von Fähigkeiten, sich in andere einzufühlen und hineinzuversetzen und von Fähigkeiten zur Wahrnehmung richten.

Nachstehend werden auf Grundlage der Ergebnisse und Thesen weiterführende Forschungsthematiken und relevante Inhalte für Bildungskonzeptionen formuliert, die im Rahmen der Untersuchung von Kompetenzentwicklung und selbstgesteuerten Lernen im Zusammenhang mit der Qualitätsentwicklung zunächst ungeklärt bleiben und somit mögliche Perspektiven für die Praxis und Forschung darstellen.

## **11.2 Ausblick: Praxisrelevanz und weiterführende Forschungsthematiken**

Die Befunde sowie die Erkenntnisse und Thesen der Untersuchung sprechen für eine nicht zu vernachlässigende Auswirkung der Qualitätsentwicklung: Wenn Qualitätsentwicklung nur unter formalen Gesichtspunkten stattfindet, wie sie aus Sicht der Pflegekräfte dargestellt wird, um eine Formalisierung der Pflege durch gesteigerte Dokumentation zu erreichen, richtet sich das Augenmerk der (Qualitäts-)Entwicklung auf die Organisation und ihre Strukturen, jedoch nicht auf den eigentlichen Zweck, der darin besteht, die bewohnerorientierte Pflege und Betreuung zu verbessern. Dabei arbeitet die Organisation selbstreferenziell, indem sie die Kompetenzentwicklung des Mitarbeiters für die Zwecke einer Formalisierung der Organisation benutzt.

Schließlich führt diese problematische Entwicklung zur Entwicklung von Defiziten und zu Kompetenzverlusten, die darin bestehen, dass die qualitätsorientierte Umsetzung der Aufgaben und formale rechtliche Absicherung immer stärker in den Mittelpunkt der Tätigkeiten rückt, dabei aber eine Abwendung vom Bewohner zur Folge hat.

Die Mitarbeiter entwickeln Fähigkeiten zur Dokumentation und Arbeit am Computer, Planungs- und Organisationsfähigkeiten, Fähigkeiten in Form von Distanzierungs- und Durchsetzungsfähigkeit, um die Anforderungen der Qualitätsentwicklung, insbesondere den Dokumentationsaufwand, zu bewältigen. Mit dieser Qualitäts- und Kompetenzentwicklung geht ebenso ein Kompetenzverlust von Fähigkeiten, sich in andere einzufühlen und hineinzuversetzen und von Fähigkeiten zur Wahrnehmung einher, der darin besteht, dass die offensichtliche Belastung und Überforderung der Mitarbeiter nicht kommunikativ und konstruktiv reflektiert wird.

Zugunsten einer mitarbeiterbezogenen Entwicklung von Fähigkeiten der Durchsetzung und Distanzierung zur Bewältigung der Qualitätsentwicklung, findet eine unreflektierte Abwendung vom Bewohner und der Verlust von Fähigkeiten für eine bewohnerorientierte Pflege und Betreuung statt. Die Pflege- und Betreuungsqualität kennzeichnet somit eine einseitige mitarbeiterbezogene Tätigkeit.

Diese Befunde und Erkenntnisse stellen grundsätzlich die Intentionen einer Qualitätsentwicklung in Frage, wenn diese auf eine formalisierte Verbesserung der Pflege- und Betreuungsqualität ausgerichtet ist. Weiterhin erscheint es zweckmäßig, hier Fragen zu stellen, die sich an die in der Praxis tätigen Leitungskräfte, Qualitätsbeauftragten, und Fort- und Weiterbildungsverantwortliche richten:

- ~ Ist es für eine Entwicklung der Pflege- und Betreuungsqualität erforderlich, dass die Mitarbeiter Kompetenzen zur Durchsetzung und Distanzierung vom Bewohner entwickeln müssen, um mit verändertem Bewohnerklientel arbeiten zu können?
- ~ Ist es stattdessen nicht bewohnerorientierter, die Reflexionsfähigkeit, Fähigkeiten, sich in andere einzufühlen und hineinzusetzen und Fähigkeiten zur Wahrnehmung der Mitarbeiter (weiter) zu entwickeln?
- ~ Ist es maßgeblich und zweckorientiert, den Bewohner als Leistungsempfänger zu sehen, der Dienstleistungen und Betreuung einfordert?
- ~ Sollten stattdessen nicht die Bewohner als Menschen betrachtet werden, die einer Pflege und Betreuung bedürfen und aus diesem Grund im Altenpflegeheim leben?

Abschließend kristallisieren sich folgende relevante zukünftige Inhalte von Fort- und Weiterbildungskonzepten sowie als weiterführende Forschungsthematiken aus den Ergebnissen heraus:

- ~ Konzepte für eine Neuausrichtung und Anpassung interner Strukturen und organisatorischer Abläufe an Veränderungen der Bewohnerklientel und Angehörigenklientel.
- ~ Konzepte für eine Entwicklung von Reflexionsfähigkeit im Hinblick auf Bewohnerverhalten und Mitarbeiterverhalten vor dem Hintergrund der Anwendung von Fähigkeiten zur Durchsetzung, Distanzierung sowie Selbstbeherrschung im Umgang mit Bewohnern und sich selbst.
- ~ Die Entwicklung von Konzepten zur Förderung des selbstgesteuerten Lernens und der Reflexionsfähigkeit durch Schaffung von Gestaltungs-(Frei-)Räumen für Lernen.
- ~ Die Entwicklung von Konzepten zur Einhaltung von Standards und gesetzlichen Vorgaben der Qualitätssicherung mit Ausrichtung auf eine Sensibilisierung und Priorisierung der Entwicklung von Fähigkeiten zur Wahrnehmung und Einfühlung, beispielsweise zur Beachtung von Intimitätsgrenzen.
- ~ Die Entwicklung von Konzepten zur Entwicklung von Kommunikations- und Kooperationsfähigkeiten im Umgang mit Angehörigen.
- ~ Die Erweiterung des Konzeptes Bezugspflege und Beziehungspflege um die Aspekte Angehörigenpflege mit der Ausrichtung auf Aufklärung und Beteiligung von Angehörigen an der Planung und Durchführung von Betreuungs- und Pflegekonzepten.
- ~ Die Entwicklung von Arbeitskonzepten für die Integration sowie Fort- und Weiterbildung von Aushilfskräften.
- ~ Weitere Begleitforschung zur Implementierung von Qualitätsmanagement in Einrichtungen der Alten- und Gesundheitspflege und dies verstärkt im Sinne einer „dialogischen Praxisforschung“.<sup>93</sup>

---

<sup>93</sup> Wie sie zum Zeitpunkt des Abschlusses dieser Untersuchung am Lehrstuhl für Erwachsenenpädagogik der Universität Leipzig in Entwicklung begriffen ist.

## Literaturverzeichnis

- ALBER, J. (1992): Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland. Entwicklung, Struktur und Funktionsweise. Frankfurt/Main, New York: Campus-Verlag.
- ALBRECHT, G. (1997): Neue Anforderungen an Ermittlung und Bewertung von beruflicher Kompetenz, S 85-139. In: ARBEITSGEMEINSCHAFT BETRIEBLICHE WEITERBILDUNGSFORSCHUNG E. V.; PROJEKT QUALIFIKATIONS-ENTWICKLUNGS-MANAGEMENT (QUEM) (Hrsg.) (1997): Kompetenzentwicklung '97. Berufliche Weiterbildung in der Transformation – Fakten und Visionen. Münster, New York, München, Berlin: Waxmann.
- ARBEITSGEMEINSCHAFT BETRIEBLICHE WEITERBILDUNGSFORSCHUNG E. V.; PROJEKT QUALIFIKATIONS-ENTWICKLUNGS-MANAGEMENT (QUEM) (Hrsg.) (1997): Kompetenzentwicklung '97. Berufliche Weiterbildung in der Transformation – Fakten und Visionen. Münster, New York, München, Berlin: Waxmann.
- ARBEITSGEMEINSCHAFT BETRIEBLICHE WEITERBILDUNGSFORSCHUNG E. V.; PROJEKT QUALIFIKATIONS-ENTWICKLUNGS-MANAGEMENT (QUEM) (Hrsg.) (2000): Tätigkeitsgebundenes Lernen in Erwerbsarbeit und im sozialen Umfeld. QUEM-Materialien 38, Berlin.
- ARBEITSGEMEINSCHAFT BETRIEBLICHE WEITERBILDUNGSFORSCHUNG E. V.; PROJEKT QUALIFIKATIONS-ENTWICKLUNGS-MANAGEMENT (QUEM) (Hrsg.) (2002): Kompetenzentwicklung 2002. Auf dem Weg zu einer neuen Lernkultur. Münster, New York, München, Berlin: Waxmann.
- ARBEITSGEMEINSCHAFT BETRIEBLICHE WEITERBILDUNGSFORSCHUNG E. V.; PROJEKT QUALIFIKATIONS-ENTWICKLUNGS-MANAGEMENT (QUEM) (Hrsg.) (2003): Nutzung und Ausbau von Innovationspotenzialen älterer Menschen durch die Entwicklung neuer Lern-, Tätigkeits- und Handlungsfelder. QUEM-Materialien 51, Berlin.
- ARBEITSGEMEINSCHAFT BETRIEBLICHE WEITERBILDUNGSFORSCHUNG E. V.; PROJEKT QUALIFIKATIONS-ENTWICKLUNGS-MANAGEMENT; AULERICH, G.; BUROW, O.-A.; HINZ, H.; FISCHER, E.; KEISER, S.; SCHICKE, H. (Hrsg.) (2004): Kompetenzorientierte Lerngestaltung. Ein Konzept zur Personalentwicklung und Professionalisierung in Weiterbildungseinrichtungen. Berlin
- ARGYRIS, C.; SCHÖN, D. (1978): Organizational learning: A theory of Action Perspective. Reading, Mass. In: PROBST, G. J. B. (1992): Organisation. Strukturen, Lenkungsinstrumente und Entwicklungsperspektiven. Landberg/Lech: Verlag Moderne Industrie.
- ARNOLD, R. (1995): Betriebliche Weiterbildung. Selbstorganisation – Unternehmenskultur – Schlüsselqualifikation. 2.Aufl., Baltmannsweiler: Schneider-Verlag Hohengehren.
- ARNOLD, R. (1997): Von der Weiterbildung zur Kompetenzentwicklung. Neue Denkmodelle und Gestaltungsansätze in einem sich verändernden Handlungsfeld, S. 253-307. In: ARBEITSGEMEINSCHAFT BETRIEBLICHE WEITERBILDUNGSFORSCHUNG E. V.; PROJEKT QUALIFIKATIONS-ENTWICKLUNGS-MANAGEMENT (QUEM) (Hrsg.) (1997): Kompetenzentwicklung '97. Berufliche Weiterbildung in der Transformation – Fakten und Visionen. Münster, New York, München, Berlin: Waxmann.
- ARNOLD, R. (Hrsg.) (1996): Lebendiges Lernen. Grundlagen der Berufs- und Erwachsenenbildung, Bd. 5. Hohengehren: Schneider-Verlag.



- ARNOLD, R.; GÓMEZ TUTOR, C.; KAMMERER, J. (2004): Selbstlernkompetenzen. Arbeitspapier 1 des Forschungsprojektes „Selbstlernfähigkeit, pädagogische Professionalität und Lernkulturwandel“. Pädagogische Materialien der TU Kaiserslautern, 2. Auflage, Kaiserslautern.
- BACHNER, U. (1999): Qualitätsmanagement im Krankenhaus. Praxishandbuch zur Einführung eines Qualitätsmanagementsystems. Hannover.
- BARGMANN, N.; GÜNTHER, N.; HÜTTER, A. (2003): Tätigkeitsanalyse im Rahmen des Seminars „Auswahl und Platzierung“ bei Kerstin Kopp am Institut für Psychologie, TU Darmstadt, im Sommersemester 2003. URL: [http://www.tu-darmstadt.de/fb/fb3/psy/ABO/seminarunterlagen\\_kopp/T%E4tigkeitsanalyse.pdf](http://www.tu-darmstadt.de/fb/fb3/psy/ABO/seminarunterlagen_kopp/T%E4tigkeitsanalyse.pdf), aufgerufen am: 02.06.2005.
- BASTIAN, H.; BEER, W.; KNOLL, J. (2002): Pädagogisch denken - wirtschaftlich handeln. Zur Verknüpfung von Ökonomie und Profession in der Weiterbildung. Bielefeld: Bertelsmann.
- BATESON, G. (1972): Steps on ecology of mind. New York. In: SCHREYÖGG, G. (1998): Organisation. Grundlagen moderner Organisationsgestaltung mit Fallstudien. 2. Aufl. Wiesbaden: Gabler.
- BELLABARBA, J.; SCHNAPPAUF, D. (Hrsg.) (1996): Organisationsentwicklung im Krankenhaus. Göttingen, Stuttgart: Verlag für Angewandte Psychologie.
- BERGER, B. (2001): Qualitätssicherung / Altenhilfe. URL: [http://www.berndberger.net/Leistungen\\_Beratung\\_zu\\_\\_\\_/Qualitaetssicherung\\_\\_\\_Altenhil/body\\_qualitaetssicherung\\_\\_\\_altenhil.html](http://www.berndberger.net/Leistungen_Beratung_zu___/Qualitaetssicherung___Altenhil/body_qualitaetssicherung___altenhil.html), aufgerufen am: 29.8.2005.
- BERGOLD, R.; KNOLL, J.; MÖRCHEN, A. (Hrsg.) (1999): „In der Gruppe liegt das Potential“ – Wege zum selbstorganisierten Lernen. Würzburg: Echter.
- BERNIEN, M. (1997): Anforderungen an eine qualitative und quantitative Darstellung der beruflichen Kompetenzentwicklung, S. 17-81. In: ARBEITSGEMEINSCHAFT BETRIEBLICHE WEITERBILDUNGSFORSCHUNG E. V.; PROJEKT QUALIFIKATIONS-ENTWICKLUNGSMANAGEMENT (QUEM) (Hrsg.) (1997): Kompetenzentwicklung '97. Berufliche Weiterbildung in der Transformation – Fakten und Visionen. Münster, New York, München, Berlin: Waxmann.
- BLAKE, R. R.; MOUTON, J. S. (1969): Building a dynamic organization through grid organizational development. Reading, Mass. In: SCHREYÖGG, G. (1998): Organisation. Grundlagen moderner Organisationsgestaltung mit Fallstudien. 2. Aufl. Wiesbaden: Gabler.
- BLAKE, R. R.; MOUTON, J. S. (1985): The managerial grid III. 3. Aufl., Houston. In: SCHREYÖGG, G. (1998): Organisation. Grundlagen moderner Organisationsgestaltung mit Fallstudien. 2. Aufl. Wiesbaden: Gabler.
- BLASCHE, S.; MITTELSTRAß, J. (Hrsg.) (1995): Enzyklopische Philosophie und Wissenschaftstheorie (Bd. 3), Stuttgart: Poeschel Verlag.
- BÖHM, W. (2005): Wörterbuch der Pädagogik. 16. vollst. überarb. Aufl. Stuttgart: Alfred Kröner Verlag.

- BÖNSCH, M. (1994): Grundlegung sozialer Lernprozesse heute. Verhaltenssicherheit und Demokratiefähigkeit. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- BORSI, G. M. (1994): Das Krankenhaus als lernende Organisation. Zum Management von individuellen, teambezogenen und organisatorischen Lernprozessen. Heidelberg: Asanger.
- BORSI, G. M. (1997): Individuelles und organisatorisches Lernen in der psychiatrischen Pflege. Neue Anforderungen an das Pflegemanagement aus soziologischer Sicht. Frankfurt am Main: Lang.
- BORTZ, J.; DÖRING, N. (1995): Forschungsmethoden und Evaluation. 2. Aufl. Berlin, Heidelberg [u. a.]: Springer.
- BOWNAS, A. D.; BERNARDIN, H. J. (1988): Critical Incident Technique. In Gael, S. (1988): The Job Analysis Handbook for Business, Industry, and Government. Vol. II New York, Chicester, Brisbane, Toronto, Singapore: John Wiley & Sons, S. 1121-1137.
- BRAUER, J.-P. (1997): DIN EN ISO 9000 – 9004 umsetzen. Gestaltungshilfen zum Aufbau Ihres Qualitätsmanagementsystems. 2. Aufl. München; Wien: Hanser.
- BUNDESMINISTERIUM DER JUSTIZ (Hrsg.) (1996): Bekanntmachungen des Bundesministeriums für Gesundheit. Bekanntmachung der Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Gesetzestext Nr. 213/1996. Köln: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, S. 12041.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (Hrsg.) (1996): Qualitätsentwicklung in der Pflege. Abschlussbericht. Bonn.
- BURKE, W. W. (1982): Organization development: Principles and practices. Boston. In: SCHREYÖGG, G. (1998): Organisation. Grundlagen moderner Organisationsgestaltung mit Fallstudien. 2. Aufl. Wiesbaden: Gabler.
- BÜSSING, A.; GLASER, J. (2003): Mitarbeiter- und Klientenorientierung im Gesundheitswesen. In: ZEITSCHRIFT FÜR ARBEITS- UND ORGANISATIONSPSYCHOLOGIE. Oktober 2003, Vol. 47, No. 4, S. 222-228. URL: <http://www.psycontent.com/query/files/xml/zao/2003/04/zao4704222.xml>, aufgerufen am 21.06.2005.
- CARTER, F. M. (1959): The Critical Incident Technique in Identification of the Patients' Perception of Therapeutic Patient-Patient Interaction on a Psychiatric Ward. In: NURSING RESEARCH: NR, Vol. 8, No. 4, 1959. Hagerstown, Md.: Lippincott-Raven. S. 207-211.
- CHIN, R.; BENNE, K.D. (1975): Strategien zur Veränderung sozialer Systeme, in: BENNIS, W. G.; BENNE, K. D.; CHIN, R.: Änderung des Sozialverhaltens, Stuttgart, New York, S. 43-78. In: PIRA, A. (1999): Total Quality Management im Spitalbereich auf der Basis des EFQM-Modells. Zürich.
- CLUB OF ROME (COR) (1979): Zukunftschance Lernen. Wien: Fritz Molden. In Probst, G. J. B. (1987): Selbst-Organisation. Ordnungsprozesse in sozialen Systemen aus ganzheitlicher Sicht. Berlin, Hamburg: Parey.
- COUNCIL OF EUROPE (Hrsg.) (2000): Strategies for learning democratic citizenship. Strasbourg. In: DOHMEN, G.; BMBF (Hrsg.) (2001): Das informelle Lernen. Die inter-

- ationale Erschließung einer bisher vernachlässigten Grundform menschlichen Lernens für das lebenslange Lernen aller. Bonn.
- CUMMINGS, T. G.; WORLEY, C. G. (1993): Organization development and change. 5. Aufl., St. Paul. In: SCHREYÖGG, G. (1998): Organisation. Grundlagen moderner Organisationsgestaltung mit Fallstudien. 2. Aufl. Wiesbaden: Gabler.
- Dahlgaard, K.; Schiemann, D. (1995): Voraussetzungen und Darstellung der Methode der stationsgebundenen Qualitätssicherung. In: BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (Hrsg.) (1996): Qualitätsentwicklung in der Pflege. Abschlussbericht. Bonn.
- De Silva, C. (2005): Flanagan's Critical Incident Technique (CIT) und deren Anwendung in der (Pflege-)Forschung. URL: [http://www.pflege-forscht.de/flanagans\\_cit.html](http://www.pflege-forscht.de/flanagans_cit.html), aufgerufen am: 02.06.2005.
- Decker, F. 1995: Die neuen Methoden des Lernens und der Veränderung: Lern- und Organisationsentwicklung mit NLP, Kinesiologie und Mentalpädagogik. München.
- DEHNBOSTEL, P.; DYBOWSKI, G.; BUNDESINSTITUT FÜR BERUFSBILDUNG (Hrsg.) (2000): Lernen, Wissensmanagement und berufliche Bildung. Bielefeld: Bertelsmann Verlag.
- DEITERING, F. G. (1996): Selbstgesteuertes Lernen. In: GREIF, S.; KURTZ, H.-J. (1996): Handbuch selbstorganisiertes Lernen. Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie.
- DELLER, J.; DÖRR, S.; KASTEN, Y.; WERTH, M. (2004): Erfolgreiches Führungsverhalten bei Unternehmenszusammenschlüssen: Ein Anforderungsprofil mit Kompetenzen für die Integration verschiedener (Landes- bzw. Unternehmens-)Kulturen. In: Wirtschaftspsychologie, Heft 3, 2004, S. 46-52. URL: [http://www.econdoc.de/\\_en/db\\_beschreibung/WPSY.html?START=AE0](http://www.econdoc.de/_en/db_beschreibung/WPSY.html?START=AE0), aufgerufen am: 02.06.2005.
- DEMING, W. E. (1986): Out of the Crisis. 2. Aufl., Cambridge/Mass./USA: Massachusetts Institute of Technology Press. In: KAMISKE, G. F.; BRAUER, J.-P. (1995): Qualitätsmanagement von A bis Z: Erläuterung moderner Begriffe des Qualitätsmanagements. 2. Aufl., München, Wien: Hanser.
- DENZIN, N. K. (1978): The research act. New York: McGraw Hill. In: MAYRING, P. (1990): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zum qualitativen Denken. 1. Aufl. München, S. 106
- DEPPE, J. (1989): Qualitätszirkel und Lernstatt. Gabler-Verlag.
- DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR QUALITÄT E. V. (Hrsg.) (1987): Begriffe im Bereich der Qualitätssicherung. DGQ-Schrift Nr. 11-04, 4. Aufl., Berlin: Beuth.
- DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR QUALITÄT E. V. (Hrsg.) (1991): Qualitätssicherungs-Handbuch und Verfahrensanweisungen: Ein Leitfaden für die Erstellung; Aufbau, Einführung, Musterbeispiele. DGQ-Schrift Nr. 12-62, 2. Aufl., Berlin: Beuth.
- DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR QUALITÄT E. V. (Hrsg.) (1995): Begriffe zum Qualitätsmanagement. DGQ-Schrift Nr. 11-04, 6. Aufl., Berlin, Wien, Zürich: Beuth.
- DEUTSCHES INSTITUT FÜR NORMUNG (Hrsg.) (1995): DIN EN ISO 8402 Qualitätsmanagement: Begriffe. Berlin: Beuth.
- DEUTSCHES INSTITUT FÜR NORMUNG (Hrsg.) (2000): DIN EN ISO 9000:2000-12 Qualitätsmanagementsysteme – Grundlagen und Begriffe. Berlin, Wien, Zürich: Beuth.

- DEUTSCHES INSTITUT FÜR NORMUNG (Hrsg.); PFITZINGER, E. (2001): Die Weiterentwicklung zur DIN EN ISO 9000:2000. 2. Aufl., Berlin, Wien, Zürich: Beuth.
- DIETRICH, S. (Hrsg.) (2001): Selbst gesteuertes Lernen in der Weiterbildungspraxis. Frankfurt: DIE, S. 201-213.
- DODGSON, M. (1993): Organizational learning: A review of some literatures. In: Organization Studies No. 14/1993, S. 375-394.
- DÖGL, R. (1986): Strategisches Management im Industriebetrieb. Pragmatischer Ansatz zur Erklärung und methodischen Handhabung des Qualitätsphänomens. In: Reihe Innovative Unternehmensführung. (Hrsg.) PFEIFFER, W. v., Bd. 14, Göttingen.
- DOHMEN, G.; BMBF (Hrsg.) (2001): Das informelle Lernen. Die internationale Erschließung einer bisher vernachlässigten Grundform menschlichen Lernens für das lebenslange Lernen aller. Bonn.
- DÖNGES, K. (2003): Anforderungen an Unternehmensgründer am Beispiel der IT-Dienstleister - Zusammenfassung -. Diplomarbeit an der Fachhochschule Kaiserslautern, Standort Zweibrücken Fachbereich Betriebswirtschaft Wintersemester 2003 / 2004. URL: [http://www.ebs-gruendertest.de/Anford/zusammenfassung\\_diplomarbeit.pdf](http://www.ebs-gruendertest.de/Anford/zusammenfassung_diplomarbeit.pdf), aufgerufen am: 01.06.2005.
- DONABEDIAN, A. (1966): Evaluating the Quality of Medical Care. In: The Milbank Memorial Fund Quarterly, Vol. 44, No. 3/1966, S. 166-203.
- DONABEDIAN, A. (1968): Promoting Quality through Evaluation the Process of Patient Care. In: Medical Care, official Journal of the medical Care Section, Vol. 6, No. 3/1968, S. 181-202.
- DONABEDIAN, A. (1970) Patient Care Evaluation. The development of methods for patient care evaluation continues to proceed along traditional lines. In: Hospitals, Journal of the American Hospital Association, Vol. 44, No. 7/1970, S. 131-136.
- DONABEDIAN, A. (1978): The Quality of Medical Care. Methods for assessing and monitoring the quality of care for research and for quality assurance programs. In: Science, Vol. 200, 26 May 1978, S. 856-864.
- DONABEDIAN, A. (1986): Criteria and Standards for Quality Assessment and Monitoring. In: Quality Review Bulletin, Vol. 12, No. 3/ 1986, S. 99-108.
- DONABEDIAN, A. (1988): The Quality of Care. How can it be assessed? In: Journal of the American Medical Association, Vol. 260, No. 12/1988, S. 1743-1748.
- DOPPLER, K.; LAUTERBURG, C. (1997): Change-Management. Den Unternehmenswandel gestalten. 6. Aufl. Frankfurt/a. M., New York: Campus Verlag.
- DYBOWSKI, G.; HAASE, P.; RAUNER, F. (1993): Berufliche Bildung und betriebliche Organisationsentwicklung. Anregungen für die Berufsbildungsforschung. Dokumentation einer gemeinsamen Expertentagung des Bundesinstituts für Berufsbildung (Berlin), des Instituts Technik & Bildung (Bremen) und der Volkswagen AG (Wolfsburg). Bremen: Donat Verlag.
- DYBOWSKI-JOHANNSON, G.: Methoden lebendigen Lernens in der betrieblichen Weiterbildung. In ARNOLD, R. (Hrsg.) (1996): Lebendiges Lernen. Grundlagen der Berufs- und Erwachsenenbildung, Bd. 5. Schneider-Verlage, Hohengehren.

- EICHHORN, S. (1997): Integratives Qualitätsmanagement im Krankenhaus. Konzeption und Methoden eines qualitäts- und kostenintegrierten Krankenhausmanagements. Stuttgart.
- ERPENBECK, J. (1997): Selbstgesteuertes, selbstorganisiertes Lernen. In Arbeitsgemeinschaft Betriebliche Weiterbildungsforschung e. V.; PROJEKT QUALIFIKATIONS-ENTWICKLUNGS-MANAGEMENT (QUEM) (Hrsg.) (1997): Kompetenzentwicklung '97. Berufliche Weiterbildung in der Transformation – Fakten und Visionen. Münster, New York, München, Berlin: Waxmann, S. 309-362.
- ERPENBECK, J.; VON ROSENSTIEL, L. (Hrsg.) (2003): Handbuch Kompetenzmessung - Erkennen, verstehen und bewerten von Kompetenzen in der betrieblichen, pädagogischen und psychologischen Praxis. Stuttgart: Schäffer-Pöschel-Verlag.
- EUROPEAN FOUNDATION FOR QUALITY MANAGEMENT (Hrsg.) (2003a): Excellence einführen. Brüssel. URL: [http://www.deutsche-efqm.de/download/Excellence\\_einfuehren\\_2003\(9\).pdf](http://www.deutsche-efqm.de/download/Excellence_einfuehren_2003(9).pdf), aufgerufen am: 29.9.2005.
- EUROPEAN FOUNDATION FOR QUALITY MANAGEMENT (Hrsg.) (2003b): Die Grundkonzepte der Excellence. Brüssel. URL: [http://www.deutsche-efqm.de/download/Grundkonzepte\\_der\\_Excellence\\_2003\(3\).pdf](http://www.deutsche-efqm.de/download/Grundkonzepte_der_Excellence_2003(3).pdf), aufgerufen am: 29.9.2005.
- EVERSHEIM, W. (Hrsg.) (1997): Qualitätsmanagement für Dienstleister. Grundlagen, Selbstanalyse, Umsetzungshilfen. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg.
- FENGLER, J. (1981): Grenzen der Gruppendynamik. In: BACHMANN, C. H. (Hrsg.): Kritik der Gruppendynamik. Frankfurt/a. M., S. 118-156.
- FLANAGAN, J. C. (1954): The Critical Incident Technique. In: Psychological Bulletin, Vol. 51, No. 4, 1954. Washington, DC: American Psychological Association. S. 327-358.
- FLICK, U. (Hrsg.) (1995): Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. 2. Aufl. Weinheim: Beltz, Psychologie-Verl.-Union.
- FORUM BILDUNG (Hrsg.) (2001a): Neue Lern- und Lehrkultur. Vorläufige Empfehlungen und Expertenbericht. Bonn.
- FORUM BILDUNG (Hrsg.) (2001b): Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung im internationalen Wettbewerb. Vorläufige Empfehlungen und Expertenbericht. Bonn.
- FREESE, E. (1992): Organisationstheorie. 2. Aufl. Wiesbaden.
- FREI, F.; HUGENTOBLE, M.; ALIOTH, A.; DUELL, W.; RUCH, L. (1996): Die kompetente Organisation. Qualifizierende Arbeitsgestaltung – die europäische Alternative. 2. Aufl. Zürich.
- FRÖHLICH, W. (2004): Wörterbuch Psychologie. Digitale Bibliothek Band 83. Berlin: Directmedia. Basiert auf der Buchausgabe: Wörterbuch Psychologie. Von Werner D. Fröhlich. 24. durchgesehene Auflage, München: Deutscher Taschenbuch Verlag, 2002.
- FUCHS, W. ET AL. (1978): Lexikon zur Soziologie. Reinbek. In: LAMNEK, S. (1995): Qualitative Sozialforschung. Band 2 Methoden und Techniken. 3. korr. Aufl. Weinheim, Beltz: Psychologie Verlags Union, S. 5.
- FUCHS, W.; KLIMA, R.; LAUTMANN, R.; RAMMSTEDT, O.; WIENOLD, H. (Hrsg.) (1988): Lexikon zur Soziologie. 2., verbesserte und erweiterte Auflage. Ungekürzte Sonderausgabe 1988. Opladen: Westdeutscher Verlag GmbH.

- FÜERMANN, T.; DAMMASCH, C. (1997): Prozessmanagement: Anleitung zur ständigen Verbesserung aller Prozesse im Unternehmen. München, Wien: Hanser.
- GAEL, S. (1988): The Job Analysis Handbook for Business, Industry, and Government. Vol. II New York, Chicester, Brisbane, Toronto, Singapore: John Wiley & Sons.
- GARVIN, D. A. (1984): What does „Product Quality” really mean? In: Sloan Management Review, Vol. 26, No. 1, p. 25-43.
- GEIGER, W.; KOTTE, W. (2005): Handbuch Qualität. Grundlagen und Elemente des Qualitätsmanagements: Systeme – Perspektiven. 4. Aufl., Wiesbaden: Vieweg Verlag.
- GEIßLER, H. (1990): Management als Bildungsaufgabe. (unveröffentl. Manuskript) Hamburg. In: ARNOLD, R. (1995): Betriebliche Weiterbildung. Selbstorganisation – Unternehmenskultur – Schlüsselqualifikation. 2. Aufl., Baltmannsweiler: Schneider-Verlag Hohengehren.
- GEIßLER, H. (1995): Grundlagen des Organisationslernens. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- GEIßLER, H. (1996): Vom Lernen in der Organisation zum Lernen der Organisation. In: SATTELBERGER, T.(Hrsg.) (1996): Die lernende Organisation. Konzepte für eine neue Qualität der Unternehmensentwicklung. 3. Aufl. Wiesbaden: Gabler, S. 79-96.
- GIEBING, H. (1991): Pflegerische Qualitätssicherung in kurzem Überblick. In: Krankenpflege 1/1991, S. 2-6.
- GIEBING, H. (Hrsg.) (1996): Pflegerische Qualitätssicherung . Konzept, Methode, Praxis. Bocholt: Eicanos.
- GÓMEZ, T. C.; KAMMERER, J. (2001): Selbstlernkompetenzen als Voraussetzung des selbstgesteuerten Lernens. Referat bei der Tagung Motivieren und Lernen (25.-26.Oktober 2001) URL: [www.blk-lll.de/LLL/LIT/Selbstlernkompetenz\\_kreuth.rtf](http://www.blk-lll.de/LLL/LIT/Selbstlernkompetenz_kreuth.rtf), aufgerufen am: 4.3.2005.
- GÖTZ, K.; HÄFNER, P. (2006): Didaktische Organisation von Lehr- und Lernprozessen. Ein Lehrbuch für Schule und Erwachsenenbildung. 6. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- GREIF, S.; KURTZ, H.-J. (1989): Ausbildung, Training und Qualifizierung. In: GREIF, S. et al. (Hrsg.): Arbeits- und Organisationspsychologie. Internationales Handbuch in Schlüsselbegriffen. München: Psychologie Verlags Union, S. 149-161.
- GREIF, S.; KURTZ, H.-J. (1996): Handbuch selbstorganisiertes Lernen. Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie.
- GREINER, L. E. (1967): Patterns of organization change. In: Harvard Business Review Vol. 45, No. 3/1967, S. 119-130.
- GUTENBERG, E. (1983): Grundlagen der Betriebswirtschaftslehre, Band 1: Die Produktion. 24. Aufl. Berlin, Heidelberg, New York.
- HACKER, W. (1986): Arbeitspsychologie: psychische Regulation von Arbeitstätigkeiten. Berlin: Dt. Verlag der Wissenschaften.
- HAESKE-SEEGER, H. (2001): Handbuch Qualitätsmanagement im Krankenhaus. Strategien, Analysen, Konzepte. Stuttgart.

- HARTFIELD, G. (1982): Wörterbuch der Soziologie. Stuttgart. In: LAMNEK, S. (1995): Qualitative Sozialforschung. Band 2 Methoden und Techniken. 3. korr. Aufl. Weinheim, Beltz: Psychologie Verlags Union, S. 5.
- HEDBERG, B. (1981): How Organizations Learn and Unlearn. In: NYSTRÖM, P. C./STARBUCK, W. H. (Hrsg.) Handbook of Organizational Design. Vol. 1, New York, S. 3-27. In: SCHIERSMANN, C.; Thiel, H.-U. (2000): Projektmanagement als organisationales Lernen. Ein Studien- und Werkbuch (nicht nur) für den Bildungs- und Sozialbereich. Opladen: Leske + Budrich.
- HOLOCH, E. (2002): Situiertes Lernen und Pflegekompetenz. Entwicklung, Einführung und Evaluation von Modellen Situierten Lernens in der Pflegeausbildung. Robert-Bosch-Stiftung (Hrsg.). Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.
- HOLZKAMP, K. (1993): Lernen. Subjektwissenschaftliche Grundlegung. Frankfurt/Main, New York: Campus Verlag.
- ILLISON, M.; KERNER, J. G. (2001): Praxisleitfaden Qualitätsmanagement im Krankenhaus. 4. Aufl. Stuttgart.
- IMAI, M. (1986): Kaizen – The Key to Japan's Competitive Success. NY: McGraw Hill.
- KALLER, P. (Hrsg.) (2001): Lexikon Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Sozialrecht. Wiebelsheim: Quelle und Meyer Verlag.
- KALTENBACH, T. (1993): Qualitätsmanagement im Krankenhaus. Qualitäts- und Effizienzsteigerung auf der Grundlage des Total Quality Management. 2. Aufl. Melsungen.
- KAMISKE, G. F.; BRAUER, J.-P. (1995): Qualitätsmanagement von A bis Z: Erläuterung moderner Begriffe des Qualitätsmanagements. 2. Aufl. München, Wien: Hanser.
- KAMISKE, G. F.; BRAUER, J.-P. (1996): ABC des Qualitätsmanagements. München, Wien: Hanser.
- KÄMMER, K. (Hrsg.) (1994): Pflegemanagement in Altenheimen. Grundlagen für Konzeptentwicklung und Organisation. Hannover: Schlütersche.
- KATZ, J.; GREEN, E. (1996): Qualitätsmanagement. Überprüfung und Bewertung des Pflegedienstes. Berlin, Wiesbaden.
- KEATINGE, D. (2002): Versatility and flexibility: Attributes of the Critical Incident Technique in nursing research. In: Nursing and Health Sciences. Vol. 4, 2002, S. 33-39.
- KEITH, H.; RÖSLER, D. (2003): Personalentwicklung für künftige Führungskräfte. In: FIR+IAW – Unternehmen der Zukunft 4/2003, S. 25.
- KELLE, U. (1997): Empirisch begründete Theoriebildung, 2. Auflage, Weinheim: Dt. Studien-Verlag.
- KEMPPAINEN, J. K. (2000): The critical incident technique and nursing care quality research. In: Journal of Advanced Nursing. Vol. 32, No. 5/2000. Oxford [u. a. O.]: Blackwell. S. 1264-1271.
- KIESER, A. (Hrsg.) (1993): Organisationstheorien. Stuttgart: Kohlhammer.
- KIRCHHÖFER, D. (2000): Informelles Lernen in alltäglichen Lebensführungen. Chancen für berufliche Kompetenzentwicklung. QUEM-Report Heft 66, Berlin. In: DOHMEN, G.; BMBF (Hrsg.) (2001): Das informelle Lernen. Die internationale Erschließung einer

bisher vernachlässigten Grundform menschlichen Lernens für das lebenslange Lernen aller. Bonn.

- KLEMENS, U. (1991): „Schlüsselqualifikationen“ im Gesundheitswesen. S. 97-113. In: MEIFORT, B. (Hrsg.) (1991): Schlüsselqualifikationen für gesundheits- und sozialpflegerische Berufe. Ergebnisse der Hochschultage Berufliche Bildung 1990. Alsbach/Bergstr.: Leuchtturm-Verlag.
- KLUGE, A.; SCHILLING J. (2000): Organisationales Lernen und Lernende Organisation – ein Überblick zum Stand von Theorie und Empirie. In: Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie, Vol. 44, No.4/2000, S. 179-191. URL: <http://www.psycontent.com/query/files/xml/zao/2000/04/zao4404179.xml>, aufgerufen am: 21.06.2005
- KNOBLING, C. (1985): Konfliktsituationen im Altenheim. Freiburg. In: VOSS, H. (1990): Motivation und Organisation im Altenheim. Hannover: Vincent.
- KNOLL, J. (2002a): „Wie hältst du’s mit der Qualität?“ – Neuer Umgang mit einem vertrauten Thema. In: BASTIAN, H.; BEER, W.; KNOLL, J. (2002): Pädagogisch denken - wirtschaftlich handeln. Zur Verknüpfung von Ökonomie und Profession in der Weiterbildung. Bielefeld: Bertelsmann, S. 72-90.
- KNOLL, J. (2002b): Denken und Handeln in Übergängen – Einleitung. In: BASTIAN, H.; BEER, W.; KNOLL, J. (2002): Pädagogisch denken - wirtschaftlich handeln. Zur Verknüpfung von Ökonomie und Profession in der Weiterbildung. Bielefeld: Bertelsmann, S. 7-10.
- KNOLL, J. (2002c): „... was geschaffen wird und entsteht.“ – Vom Produkt zum Angebot. In: BASTIAN, H.; BEER, W.; KNOLL, J. (2002): Pädagogisch denken - wirtschaftlich handeln. Zur Verknüpfung von Ökonomie und Profession in der Weiterbildung. Bielefeld: Bertelsmann, S. 91-95.
- KNOLL, J. (2002d): Wer ist das Selbst? Zur Begrifflichkeit und zu den Wechselwirkungen beim selbstgesteuerten und selbstorganisierten Lernen. In: DIETRICH, S. (Hrsg.): Selbstgesteuertes Lernen in der Weiterbildungspraxis. Frankfurt: DIE, S. 201-213.
- KNOLL, J.; KAKAR, S. (1999): Selbstorganisiertes Lernen lernen und begleiten – wissenschaftliche Begleituntersuchung und Evaluation. In: BERGOLD, R.; KNOLL, J.; MÖRCHEN, A. (Hrsg.): „In der Gruppe liegt das Potential“ – Wege zum selbstorganisierten Lernen. Würzburg: Echter, S. 249-312.
- KNOLL, J.; WIESNER, G.; FRANKE, A.; LEYE, G. (2001): Qualitätsentwicklungssystem Weiterbildung Sachsen (QES) Projekt-Dokumentation. Chemnitz: sächsischer Volkshochschulverband.
- KOBI, J. M. (1990): Die Orientierung ’97, Human Resources im kulturellen und strategischen Kontext. Zürich.
- „KONZEPT QUALITÄTSMANAGEMENT UND QUALITÄTSSICHERUNG“ des untersuchten Altenpflegeheims, unveröffentl. Material vom 11.4.2005.
- KÖCK, C. (1996): Qualitätsmanagement als Weg zur Organisationsveränderung im Krankenhaus. In: BELLABARBA, J.; SCHNAPPAUF, D. (Hrsg.) (1996): Organisationsentwicklung im Krankenhaus. Göttingen, Stuttgart: Verlag für Angewandte Psychologie, S. 39-54.



- KÖCKEIS-STANGL, E. (1980): Methoden der Sozialisationsforschung. In: HURRELMANN, K.; Ulich, D. (Hrsg.): Handbuch Sozialisationsforschung. Weinheim: Beltz, S. 321-370. In: MAYRING, P. (1990): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zum qualitativen Denken. 1. Aufl. München, S. 106.
- KORECIC, J. (1996): Pflegestandards Altenpflege. 1. Aufl. Berlin, Heidelberg u. a. O.: Springer.
- KOOPERATION FÜR TRANSPARENZ UND QUALITÄT IM KRANKENHAUS GMBH (2005): URL: [http://www.ktq.de/ktq\\_verfahren/index.php](http://www.ktq.de/ktq_verfahren/index.php), aufgerufen am: 15.8.2005.
- KUWAN, H.; (Hrsg.) (1996): Zertifizierung und Qualitätssicherung in der beruflichen Weiterbildung. Berichte zur beruflichen Bildung, Heft 193. Bielefeld: Bertelsmann.
- LAMNEK, S. (1995): Qualitative Sozialforschung. Band 2 Methoden und Techniken. 3. korr. Aufl., Weinheim, Beltz: Psychologie Verlags Union.
- LEE, R. I.; JONES, L. W. (1933): The Fundamentals of Good Medical Care. Publications of the Committee on the Cost of Medical Care: No. 22, Chicago: University of Chicago Press. In: DONABEDIAN, A. (1968): Promoting Quality through Evaluation the Process of Patient Care. In: Medical Care, official Journal of the medical Care Section, Vol. 6, No. 3/1968, S. 181-202.
- LEISTER, F. (2004): Die Critical Incident Technique als Instrument des Wissensmanagements anhand des konkreten Modells der Bausteine des Wissensmanagements von Probst et al. Seminararbeit Wirtschaftsinformatik TU Chemnitz. URL: [http://www-user.tu-chemnitz.de/~lefr/WI\\_Sem\\_lefr.ppt](http://www-user.tu-chemnitz.de/~lefr/WI_Sem_lefr.ppt), aufgerufen am: 02.06.2005.
- LEVY, A.; MERRY, U. (1986): Organizational Transformation. New York. In: PIRA, A. (1999): Total Quality Management im Spitalbereich auf der Basis des EFQM-Modells. Zürich.
- LEWIN, K. (1943): Forces behind food habits and methods of change. In Bulletin of the National Research Council, No. 108, S. 35-65. In: SCHREYÖGG, G. (1998): Organisation. Grundlagen moderner Organisationsgestaltung mit Fallstudien. 2. Aufl. Wiesbaden: Gabler.
- LEWIN, K. (1958): Group decision and social change. In Maccoby, E. E.; Newcomb, T. M.; Hartley, E. L. (Hrsg.): Readings in social psychology. 3. Aufl. New York, S. 197-211. In: SCHREYÖGG, G. (1998): Organisation. Grundlagen moderner Organisationsgestaltung mit Fallstudien. 2. Aufl. Wiesbaden: Gabler.
- LIKERT, R. (1961): New patterns of management, New. York.
- LINN, M.W.; LINN, B.S.; STEIN, S.; STEIN, E.M. (1989): Effects of nursing home staff training on quality of patients survival. International Journal of Aging and Human Development, 28, 305-315. In: ZIMMER, A.; WEYERER, S. (Hrsg.) (1999): Arbeitsbelastung in der Altenpflege. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- LUFT, J. (1972): Einführung in die Gruppendynamik, Stuttgart.
- LUHMANN, N. (1995): Funktionen und Folgen formaler Organisation. 4. Aufl. Berlin.
- MALORNY, C.; Kassebohm, K. (1994): Brennpunkt TQM, Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag.

- MALORNY, C. (1999): TQM umsetzen. Weltklasse neu definieren; Leistungsoffensive einleiten; Business Excellence erreichen. Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag.
- MANN, T. (1961): Studying and creating change. In Bennis, W. G.; Benne, K. D.; Chin, R. (Hrsg.): The planning of change. New York, S. 605-615.
- MARCH, J. G.; OLSON, J. P. (1979): Ambiguity and choice in organizations. 2. Aufl., Bergen. In: SCHREYÖGG, G. (1998): Organisation. Grundlagen moderner Organisationsgestaltung mit Fallstudien. 2. Aufl. Wiesbaden: Gabler.
- MARCH, J. G.; SIMON, H. A. (1958): Organizations. New York, London.
- MARHOLD, D.; HAPPE, K. (1999): Pflegestandards - Pro und Contra. In: PflGe 4. Jg. 4, 1999 Nr.1, Seite 14-16.
- MASING, W. (1994): Handbuch Qualitätsmanagement. 3. Aufl., München, Wien: Hanser.
- MAYRING, P. (1990): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zum qualitativen Denken. 1. Aufl. München.
- MEIFORT, B. (Hrsg.) (1991): Schlüsselqualifikationen für gesundheits- und sozialpflegerische Berufe. Ergebnisse der Hochschultage Berufliche Bildung 1990. Alsbach/Bergstr.: Leuchtturm-Verlag.
- MEYER-DOHM, P. (2002): Weiterbildung, Kompetenzentwicklung und Lernkultur: Zehn Jahre QUEM, S. 13-67. In: ARBEITSGEMEINSCHAFT BETRIEBLICHE WEITERBILDUNGSFORSCHUNG E. V.; PROJEKT QUALIFIKATIONS-ENTWICKLUNGS-MANAGEMENT (QUEM) (Hrsg.) (2002): Kompetenzentwicklung 2002. Auf dem Weg zu einer neuen Lernkultur. Münster, New York, München, Berlin: Waxmann.
- MORSE, J.; FIELD, P. (1998): Qualitative Pflegeforschung. Anwendung qualitativer Ansätze in der Pflege. Wiesbaden.
- NERDINGER, F. W. (2003): Editorial Mitarbeiter- und Kundenzufriedenheit. In: Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie. Oktober 2003, Vol. 47, No. 4, S. 179-181. URL: <http://www.psycontent.com/query/files/xml/zao/2003/04/zao4704179.xml>, aufgerufen am 21.06.2005.
- NIEMÖLLER, L. (Hrsg.) (1997): Pflegestandards Intensiv. Stuttgart, New York: Thieme.
- NORMAN, I. J.; REDFERN, S. J.; TOMALIN, D. A.; OLIVER, S. (1992): Developing Flanagan's critical incident technique to elicit indicators of high and low quality nursing care from patients and their nurses. In: Journal of Advanced Nursing. Vol. 17, 1992. Oxford [u. a. O.]: Blackwell, S. 590-600.
- NOTTER, L. E.; HOTT, J. R. (1997): Grundlagen der Pflegeforschung. 3. überarb. Aufl. Bern [u. a. O.]: Huber.
- NÖTZOLD, W.; DEUTSCHES INSTITUT FÜR ERWACHSENENBILDUNG (Hrsg.) (2002): Werkbuch Qualitätsentwicklung. Für Leiter/Innen in der Erwachsenenbildung. Bielefeld. Bertelsmann.
- NOUNLA, C. (2004): Selbst und unterstützt. Erwachsenenlernen im Spannungsfeld von Eigeninitiative und institutionellem Angebot. Aachen: Shaker Verlag.
- NOVAK, H. (1995): Betriebliche Berufsbildung als ein Fundament betrieblicher Organisationsentwicklung. Hektographiertes Manuskript. Heidenheim.

- OAKLAND, J. (1990): Total Quality Management. Oxford. In: PIRA, A. (1999): Total Quality Management im Spitalbereich auf der Basis des EFQM-Modells. Zürich.
- OFFERMANN, C. (2002): Selbst- und Qualitätsmanagement für Pflegeberufe. Ein Lehr- und Arbeitsbuch. Bern.
- OLBRICH E. (1990): Altern. Ein lebenslanger Prozeß der sozialen Interaktion. (Sonderdruck) Darmstadt: Steinkopf-Verlag.
- OLBRICH, C.; Robert-Bosch-Stiftung (Hrsg.) (1999): Pflegekompetenz. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.
- OSTERBRINK, J. (Hrsg.) (1998): Erster internationaler Pflgetheorienkongress. Nürnberg. Bern [u. a. O.]
- OSWALD, W. D.; HERRMANN, W. M.; KANOWSKI, S.; LEHR, U. M.; THOMAE, H. (1991): Gerontologie: medizinische, psychologische und sozialwissenschaftliche Grundbegriffe. 2. überarb. u. erw. Aufl., Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.
- PARSONS, T. (1951): The social System. Glencoe/Ill.
- PAUTZKE, G. (1989): Die Evolution der organisatorischen Wissensbasis. Bausteine zu einer Theorie des organisatorischen Lernens. München. In: PIRA, A. (1999): Total Quality Management im Spitalbereich auf der Basis des EFQM-Modells. Zürich.
- PIRA, A. (1999): Total Quality Management im Spitalbereich auf der Basis des EFQM-Modells. Zürich.
- PROBST, G. J. B. (1987): Selbst-Organisation. Ordnungsprozesse in sozialen Systemen aus ganzheitlicher Sicht. Berlin, Hamburg: Parey.
- PROBST, G. J. B. (1992): Organisation. Strukturen, Lenkungsinstrumente und Entwicklungsperspektiven. Landberg/Lech: Verlag Moderne Industrie.
- PROBST, G. J. B. (1993): Organisieren und organisationales Lernen. Jahresbericht der Schweizerischen Gesellschaft für Organisation. Zürich.
- PROBST, G. J. B.; BÜCHEL, B. (1994): Organisationales Lernen: Wettbewerbsvorteil der Zukunft. Wiesbaden: Gabler.
- RADKE, P.; WILMES, D. (2002): European Quality Award. Praktische Tipps zur Anwendung des EFQM-Modells. 3. Auflage München, Wien: Carl Hanser Verlag.
- RAIDL, M., E. (2001): Qualitätsmanagement in Theorie und Praxis – eine Verbindung von Instrumenten der empirischen Sozialforschung und der Einsatz und Nutzen für die Praxis: Eine empirische Studie in einer süddeutschen Privatklinik. München; Mering: Hamp-Verlag
- RAVEN, U. (1995): Handlungskompetenz in der Pflege und ihre Bedeutung für die Professionalisierung des Berufsfeldes. In: Pflege 8/1995, Nr. 4, S. 347-355
- REISCHMANN, J.; DICKHOFF, K. (1996): „Da habe ich wirklich etwas gelernt!“ Lebendiges Lernen von Erwachsenen: Selbststeuerung oder Ermöglichungsdidaktik? In: ARNOLD, R. (Hrsg.) (1996): Lebendiges Lernen. Grundlagen der Berufs- und Erwachsenenbildung, Bd. 5. Hohengehren: Schneider-Verlag.
- REMMERS, H. (1999): Pflegewissenschaft und ihre Bezugswissenschaften. Fragen pflegewissenschaftlicher Zentrierung interdisziplinären Wissens. In: Pflege 6/1999, Nr. 12, S. 367-376.

- REUSCHENBACH, B.; MOHR, T. (2005): Anforderungen an Pflegende in Dialyseeinrichtungen aus Sicht von Patientinnen und Patienten – Ergebnisse einer Befragung mittels Critical Incident Technique. In: *Pflege: Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe*. Heft 2, Nr. 18, 2005. Bern: Huber. S. 86-94.
- REUTER, U. (Hrsg.) (1998): Qualitätszirkel. Leitfaden für die Erfüllung der Qualitätsanforderungen nach PflegeVG. Management in der Altenpflege, Bd. 2. Stuttgart, New York: Schattauer.
- RITTER, J.; GRÜNDER, K. (Hrsg.) (1976): Historisches Wörterbuch der Philosophie. Bd. 4: I-K. Basel, Stuttgart: Schwabe & Co Verlag.
- ROES, M.; FRANCOIS-KETTNER, H.; SCHMÄLZLE, G.; LEHMANN, T. (2000): MUM – Ein Qualitätsprogramm zum Anfassen. Bern.
- ROTH, G. (2002): Qualität in Pflegeheimen. Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. URL: [http://www.gesetzeskunde.de/Medizin-Infos/Pflege/Expertise\\_Qualitaet\\_in\\_Pflegeheimen.pdf](http://www.gesetzeskunde.de/Medizin-Infos/Pflege/Expertise_Qualitaet_in_Pflegeheimen.pdf), aufgerufen am: 29.8.2005.
- RUNDER TISCH PFLEGE AG II (2005): Positionspapier „Verbesserung der Qualität in der stationären Betreuung und Pflege“. Unveröffentlichtes Material.
- SATTELBERGER, T.(Hrsg.) (1996): Die lernende Organisation. Konzepte für eine neue Qualität der Unternehmensentwicklung. 3. Aufl. Wiesbaden: Gabler.
- SCHAEFFER, D.; MÜLLER-MUNDT, G.(Hrsg.) (2002): Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung. Bern [u. a. O.]: Huber.
- SCHANZ, G. (1992) Organisation. In Freese, E. (Hrsg.) (1992): Handwörterbuch der Organisation. Stuttgart: Poeschel, S. 1459-1471.
- SCHANZ, G. (1994): Organisationsgestaltung. 2. Aufl., München. In: SCHREYÖGG, G. (1998): Organisation. Grundlagen moderner Organisationsgestaltung mit Fallstudien. 2. Aufl. Wiesbaden: Gabler.
- SCHEIN, E. H. (1995): Unternehmenskultur. Ein Handbuch für Führungskräfte. Frankfurt, New York: Campus Verlag. In: PIRA, A. (1999): Total Quality Management im Spitalbereich auf der Basis des EFQM-Modells. Zürich.
- SCHERMER, F. J. (1991): Lernen und Gedächtnis. Stuttgart et al.
- SCHERMER, F.J.(2002): Lernen und Gedächtnis. Stuttgart.
- SCHIERSMANN, C.; THIEL, H.-U. (2000): Projektmanagement als organisationales Lernen. Ein Studien- und Werkbuch (nicht nur) für den Bildungs- und Sozialbereich. Opladen: Leske + Budrich.
- SCHIERSMANN, C.; THIEL, H.-U.; PFITZENMAIER, E. (2001): Organisationsbezogenes Qualitätsmanagement. EFQM-orientierte Analyse und Organisationsentwicklungsprojekte am Beispiel der Familienbildung. Opladen.
- SCHMITZ, M.; HOFMANN, W. (2000): Qualitätsmanagement für Senioreneinrichtungen. Hannover.
- SCHREYÖGG, G. (1998): Organisation. Grundlagen moderner Organisationsgestaltung mit Fallstudien. 2. Aufl. Wiesbaden: Gabler.

- SCHRÖCK, R.: Des Kaisers neue Kleider? Bedeutung der Pflege-theorien für die Entwicklung der Pflegewissenschaft in Deutschland. In: OSTERBRINK, J. (Hrsg.) (1998): Erster internationaler Pflege-theorienkongress Nürnberg. Bern [u. a. O.].
- SIMS, D.; FINEMAN, S.; GABRIEL, Y. (1993): Organizing & organizations: An introduction. London.
- SMITH MARKER, C. (1987): The Marker Umbrella model for quality assurance: monitoring and evaluating professional practice. In Journal of Nursing Quality Assurance 1, Aspen Publishers Inc. 1987, S. 52ff.
- SONNTAG, KH.; SCHAPER, N. (1992): Förderung beruflicher Handlungskompetenz. In Sonntag, Kh. (Hrsg.) (1992): Personalentwicklung in Organisationen. Göttingen: Hogrefe.
- SPÖRKEL, H.; RUCKRIEGEL, B.; JANßEN, H.; EICHLER, A. (1997): Total Quality Management im Gesundheitswesen. Methoden und Konzepte des Qualitätsmanagements für Gesundheitseinrichtungen. 2. Aufl. Weinheim.
- STAEHLE, W. H. (1994): Management. Eine verhaltenswissenschaftliche Perspektive. München: Vahlen. In: PIRA, A. (1999): Total Quality Management im Spitalbereich auf der Basis des EFQM-Modells. Zürich.
- STAUDT; KRÖLL; VON HÖREN (1993): Personalentwicklung und Qualifizierung als strategische Ressource betrieblicher Innovation. In: DYBOWSKI, G.; HAASE, P.; RAUNER, F. (1993): Berufliche Bildung und betriebliche Organisationsentwicklung. Anregungen für die Berufsbildungsforschung. Dokumentation einer gemeinsamen Expertentagung des Bundesinstituts für Berufsbildung (Berlin), des Instituts Technik & Bildung (Bremen) und der Volkswagen AG (Wolfsburg). Bremen: Donat Verlag.
- STEINER, G. (1996): Lernen. 20 Szenarien aus dem Alltag. 2. Aufl. Bern.
- STEMMER, R. (2003): Zukünftige Qualitätsentwicklung in der Pflege – Flexibilität statt starrer Normen. Vortrag im Rahmen der Gemeinsamen Fachtagung der Bildungsakademie Erlbacher Hof und der Katholischen Fachhochschule Mainz, 28./29. Oktober 2003. URL: <http://www.kfh-mainz.de/downloads/pflege/stemmer/bildungsakademie.pdf>, aufgerufen am: 29.8.2005.
- STÖSSER, A. v. (1994): Pflegestandards. Erneuerung der Pflege durch Veränderung der Standards. 3. erw. u. überarb. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer.
- STRAKA, G. A.; SPEVACEK, G. (1998): Motivation und selbstgesteuertes Lernen. In: Berufsbildung 52/1998, S. 42-43.
- STRAKA, G. A.: Lernen in der Arbeit – ohne Lehren? In: DEHNBOSTEL, P.; DYBOWSKI, G.; BUNDESINSTITUT FÜR BERUFSBILDUNG (Hrsg.) (2000): Lernen, Wissensmanagement und berufliche Bildung. Bielefeld: Bertelsmann Verlag.
- STROMBACH, M. E. (Hrsg.) (1984): Qualitätszirkel und Kleingruppenarbeit als praktische Organisationsentwicklung. Frankfurt a. M.: Kommentator-Verlag.
- TÜRK, K. (1989): Neuere Entwicklungen in der Organisationsforschung – Ein Trend Report. Stuttgart. In: PIRA, A. (1999): Total Quality Management im Spitalbereich auf der Basis des EFQM-Modells. Zürich.

- VIETHEN, G. (1995): Qualität im Krankenhaus. Grundbegriffe und Modelle des Qualitätsmanagements. Stuttgart; New York: Schattauer.
- VITT, G. (2001): Pflegequalität ist messbar. Auswirkungen des SGB XI auf die Qualität der ambulanten Pflege. Hannover: Schlütersche.
- VONKEN, M. (2005): Handlung und Kompetenz. Theoretische Perspektiven für die Erwachsenen- und Berufspädagogik. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- VOSS, H. (1990): Motivation und Organisation im Altenheim. Hannover: Vincent.
- WATSON, G. (1975): Widerstand gegen Veränderungen. In: BENNIS, W. G.; BENNE, K. D.; CHIN, R.: Änderung des Sozialverhaltens, Stuttgart, New York, S. 415-429.
- WEH, B.; SIEBER, H. (1995): Pflegequalität. München, Wien, Baltimore: Urban und Schwarzenberg.
- WEICK, K. E. (1991): The non-traditional quality of organizational learning. In: Organization science No. 2/1991, S. 116-124. In: SCHREYÖGG, G. (1998): Organisation. Grundlagen moderner Organisationsgestaltung mit Fallstudien. 2. Aufl. Wiesbaden: Gabler.
- WEIGERT, J. (2004): Der Weg zum leistungsstarken Qualitätsmanagement. Ein praktischer Leitfaden für die ambulante, teil- und vollstationäre Pflege. Hannover.
- WIESELHUBER; PARTNER (Hrsg.) (1997): Handbuch Lernende Organisation. Unternehmens- und Mitarbeiterpotentiale erfolgreich erschließen. Wiesbaden: Gabler.
- WILLKE, H. (1995): Systemtheorie III: Steuerungstheorie. Stuttgart, Jena: Fischer. In: SCHIERSMANN, C.; Thiel, H.-U. (2000): Projektmanagement als organisationales Lernen. Ein Studien- und Werkbuch (nicht nur) für den Bildungs- und Sozialbereich. Opladen: Leske + Budrich.
- WILLKE, H. (1996): Dimensionen des Wissensmanagements – zum Zusammenhang von gesellschaftlicher und organisatorischer Wissensbasierung. In: SCHREYÖGG, G.; Conrad, P. (Hrsg.): Managementforschung 6: Wissensmanagement. Berlin, New York, 1996, S. 263-304. In: SCHREYÖGG, G. (1998): Organisation. Grundlagen moderner Organisationsgestaltung mit Fallstudien. 2. Aufl. Wiesbaden: Gabler.
- WITTIG, K.-J. (1994): Qualitätsmanagement in der Praxis: DIN ISO 9000, Lean Produktion, Total-Quality-Management; Einführung eines QM-Systems im Unternehmen. 2. Aufl., Stuttgart: Teubner.
- WITZEL, A. (1982): Verfahren der qualitativen Sozialforschung. Überblick und Alternativen. Frankfurt. In: LAMNEK, S. (1995): Qualitative Sozialforschung. Band 2 Methoden und Techniken. 3. korr. Aufl. Weinheim, Beltz: Psychologie Verlags Union, S. 5.
- ZIMMER, A.; WEYERER, S. (Hrsg.) (1999): Arbeitsbelastung in der Altenpflege. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- ZINK, K. J. (1995): TQM als integratives Managementkonzept. Das europäische Qualitätsmodell und seine Umsetzung. München, Wien: Hanser 1995

# Anlagen

## Anlage 1: Bearbeitete Themen des Qualitätszirkels März 2004 bis März 2005

Protokoll	bearbeitete Themen März bis Oktober 2004 <sup>94</sup>
3.3.04	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Neugründung des Qualitätszirkels: Der Qualitätszirkel wird neu gegründet. Der bisherige Qualitätszirkel wurde aufgelöst, da die dort engagierten Mitarbeiter nicht mehr in der Einrichtung beschäftigt sind.</li> <li>- Austausch über Struktur, Arbeitsweise und Sitzungsturnus des Qualitätszirkels: Die Leitung des Qualitätszirkels übernimmt die QMB. Es werden die beteiligten Mitarbeiter bestimmt. Die Themenfestlegung soll gemeinsam erfolgen. Der Qualitätszirkel tagt monatlich, bei Bedarf häufiger. Betreffen die Themen Mitarbeiter anderer Bereiche, werden diese zu den Qualitätszirkeltreffen eingeladen. Das Protokoll führt die Pflegedienstleitung.</li> <li>- Die QMB nimmt von April bis Juli 2004 an einer Qualifikation zur QMB teil, die durch den Arbeitgeber bezahlt wird.</li> </ul>
6.5.04	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Überarbeitung des Nachtdienst-Funktionsplans: Der Nachtdienst-Funktionsplan wird überarbeitet und veröffentlicht, da aufgrund von Umstrukturierungen der Reinigungsfirma Änderungen in den Tätigkeitsabläufen notwendig wurden.</li> <li>- Die Überarbeitung des Qualitätshandbuchs erfolgt mehrheitlich durch die PDL in Zusammenarbeit mit der QMB.</li> </ul>
15.6.04	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Der Wechsel des Medikamentenbeauftragten wurde besprochen. Für die Funktion des Medikamentenbeauftragten wird in Absprache mit der WBL eine Mitarbeiterin neu bestimmt.</li> <li>- Auswertung Verbrauch Inkontinenzmateriale: Die Inkontinenzversorgung der Bewohner wird hinterfragt und geändert. Produktwechsel werden in den Teamsitzungen der Wohnbereiche besprochen.</li> </ul>
13.7.04	- Die QMB berichtet über den Stand der qualifizierenden Weiterbildung zur QMB.
18.8.04	- Die Desinfektions- und Reinigungsintervalle werden überarbeitet.
13.9.04	- Der angepasste Ergänzungsstandard „Pflegestandard Archivierung“ wird geändert und veröffentlicht.
5.10.04	- Erarbeitung einer Struktur für die Reinigung der Küchenzeilen und Kühlschränke in den Aufenthaltsräumen der Bewohner: Die Reinigung erfolgt in Absprache mit den Servicekräften, monatlich, desinfizierend und mehrheitlich durch die Pflegemitarbeiter.
26.10.04	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Hygienebeauftragte berichtet über ihre Hygiene-Weiterbildung.</li> <li>- Die Struktur und Gliederung für das Hygienehandbuch wird mit der Hygienebeauftragten erarbeitet.</li> <li>- Mit der Heimleitung wird ein Termin festgelegt, um die bereichsübergreifenden Inhalte des Handbuchs zu besprechen.</li> </ul>
Protokoll	bearbeitete Themen Januar bis März 2005
3.1.05	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Das Hygienekonzept wird überarbeitet und neu erstellt.</li> <li>- Die Hygienebeauftragte und die PDL besprechen notwendige Inhalte. Die Hygienebeauftragte fügt die besprochenen Änderungen in das Hygienekonzept ein.</li> </ul>
7.1.05	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Mitarbeiter der Hauswirtschaft und des Services erstellen Pläne zur Reinigung und Desinfektion von Geräten und Flächen in den Wohnbereichen.</li> <li>- Es werden Intervalle und Pläne für die Temperaturkontrolle der Speisen, der Kühlanlagen, für den Transport der Speisen sowie den Umgang mit Chemikalien verfasst.</li> </ul>

94 Diese Angaben basieren auf den originalen Protokollen der Qualitätszirkelsitzungen, die die Pflegedienstleitung der Einrichtung verfasste und der Autorin in schriftlicher Form zur Verfügung stellte. Die Protokollinhalte wurden inhaltlich sinngemäß und anonymisiert von der Autorin wiedergegeben.



23.3.05	<ul style="list-style-type: none"><li>- Vorbereitung zur Einführung des Selbstbewertungssystems nach EFQM: Die Einführung des Selbstbewertungssystems (EFQM-Fragebogen) wird von der QMB erläutert.</li><li>- Die QMB sortiert und kopiert die Arbeitsblätter des Selbstbewertungssystems entsprechend der Bereiche. Sie ordnet die Fragen des EFQM den Bereichen der Einrichtung zu. Die Beantwortung der Fragen des Selbstbewertungssystems soll durch die Bereichsleiter erfolgen.</li></ul>
---------	---

*Tabelle A-1: Bearbeitete Themen des Qualitätszirkels März 2004 bis März 2005*

## Anlage 2: Bearbeitete Themen des Qualitätszirkels im Untersuchungszeitraum Juni 2005 bis Juni 2006

Protokoll	bearbeitete Themen Juni bis Dezember 2005 <sup>95</sup>
10.6.05	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Darstellung Ist-Stand EFQM-Einführung: Die PDL gibt eine Zusammenfassung zum Bearbeitungsstand des EFQM. Das EFQM soll monatlich im Qualitätszirkel bearbeitet und hauptsächlich durch die QMB moderiert werden. Die Protokolle werden durch die PDL verfasst, die zu den Qualitätszirkeltreffen einlädt.</li> <li>- Die Punkte des Fragebogens des Selbstbewertungssystems werden für den Ist-Stand errechnet und notiert.</li> <li>- Es wird über die Priorisierung der zu bearbeitenden Themen diskutiert. Es erfolgt eine Bearbeitung nach Prioritäten, die durch den Qualitätszirkel festgelegt werden. Dabei wird mit der Bearbeitung von Themen begonnen, wo Lösungsansätze kurzfristig umgesetzt werden können. Dazu werden Mitarbeiter betreffender Bereiche eingeladen und die bisherigen Verfahrensweisen analysiert und hinterfragt. Es werden Änderungen erarbeitet, die mit der HL besprochen und beschlossen werden. Zur neuen Verfahrensweise wird eine VA (Verfahrensweisung) erarbeitet, die an das Team weitergegeben wird.</li> <li>- Bearbeitung des Fragenkomplexes 2c/Beschwerdemanagement: Es werden Schwachstellen des existierenden Beschwerdemanagements diskutiert, die darin bestehen, dass Formblätter und Stifte nicht ausliegen, damit Bewohner und Angehörige schriftliche Beschwerden festhalten können. Beschlossen wird, dass Formblätter und Stifte ausgelegt werden, dieser Maßnahme stimmt die HL zu.</li> </ul>
6.7.05	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Das letzte Treffen wird ausgewertet: Die PDL räumt ein, dass sie die geplanten Maßnahmen zum Beschwerdemanagement (Auslegen von Formblättern und Stiften am Hausbriefkasten) nicht mit der HL besprochen hat. Dies soll bis Mitte Juli nachgeholt werden.</li> <li>- Ergänzung zur Vorgehensweise der Arbeit des Qualitätszirkels durch die PDL: Jedes Mitglied erhält ein Protokoll. Werden Veränderungen im Qualitätszirkel geplant, holt die PDL die Zustimmung der HL ein. Jedes bearbeitete Thema soll halbjährlich evaluiert werden, dafür sollen die EFQM-Fragebögen an 10 Mitarbeiter der Bereiche ausgegeben werden, um ein repräsentatives Ergebnis zu erhalten.</li> <li>- Apothekenwechsel: Das Thema „Marktbeobachtung“ von Apotheken soll bearbeitet werden, da aufgrund zu langer Lieferzeiten der derzeitigen Apotheke, fehlenden Schulungsangeboten, fehlenden Hinweisen bei Bestellfehlern und des derzeitigen Abrechnungsverfahrens die Apotheke gewechselt werden soll. Zur nächsten Sitzung werden die Heimleitung, WBls und die Verwaltungsmitarbeiterin eingeladen, um zur Lösungsfindung beizutragen.</li> </ul>
11.8.05	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es wird festgelegt, dass zu Beginn jeder Sitzung das Protokoll und die bearbeiteten Themen des letzten Treffens reflektiert werden.</li> <li>- Die QMB soll eine Dokumentvorlage erarbeiten und in der nächsten Sitzung zur Diskussion stellen.</li> <li>- Die QMB stellt Vorlagen für einen Entwicklungsplan, Verfahrensweisung und Projekt-Maßnahmepläne vor. Die Verwendung dieser Vorlagen soll in den nächsten Sitzungen diskutiert werden.</li> <li>- Ein Muster für eine Entwicklungsplanung jedes bearbeiteten Themas wird von der QMB vorgestellt und durch die PDL geprüft.</li> <li>- Die PDL organisiert ein Logo der Einrichtung für das Erstellen von Dokumentvorlagen und leitet das Logo an die QMB weiter.</li> </ul>

95 Diese Angaben basieren auf den originalen Protokollen der Qualitätszirkelsitzungen, die die Pflegedienstleitung der Einrichtung verfasste und der Autorin in schriftlicher Form zur Verfügung stellte. Die Protokollinhalte wurden inhaltlich sinngemäß und anonymisiert von der Autorin wiedergegeben. In Ergänzung dazu vgl. Anlage 9: Protokolle der Autorin zu den Qualitätszirkelsitzungen.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die bearbeiteten Themen sollen halbjährlich schriftlich evaluiert werden.</li> </ul>
20.9.05	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Das Protokoll der letzten Sitzung wird reflektiert. Die zu bearbeitenden Aufgaben wurden durchgeführt.</li> <li>- Die QMB stellt die Dokumentvorlagen mit dem Logo der Einrichtung vor. Die PDL leitet die Vorschläge an die HL weiter und informiert die QMB über die Freigabe des Dokumentlayouts.</li> <li>- Die Mustervorlage für die VA wird von der QMB vorgestellt und von der PDL bestätigt. Im Anschluss findet eine Diskussion und Einigung über die Kürzelliste und Nummerierung für die VA statt.</li> <li>- Die PDL legt die Mustervorlagen bis zur nächsten Sitzung der Heimleitung zur Freigabe vor.</li> </ul>
12.10.05	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Das Protokoll der letzten Sitzung wird reflektiert. Die zu bearbeitenden Aufgaben wurden durchgeführt.</li> <li>- Die PDL holt die Freigabe der HL für die Kürzelliste für VA bis zur nächsten Sitzung ein.</li> <li>- Die Mitarbeiter des Qualitätszirkels entscheiden sich für ein Layout der VA. Die PDL holt die Freigabe der HL für die VA bis zur nächsten Sitzung ein.</li> <li>- Die QMB berichtet über ihren Besuch auf der Pflegemesse.</li> <li>- Die PDL erstellt bis zur nächsten Sitzung eine Liste zur Übersicht der bearbeiteten Themen und Projekte.</li> </ul>
11.11.05	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die PDL berichtet über das Ausscheiden der QMB aus der Einrichtung. Die QMB ist nicht mehr in der Einrichtung beschäftigt. Die Aufgaben der QMB und die Leitung des Qualitätszirkels übernimmt die PDL, bis ein neuer Mitarbeiter als QMB bestimmt wurde.</li> <li>- Erläuterung des Ist-Stands des Qualitätsmanagements: Das Qualitätshandbuch wird weiterhin durch die PDL geführt und aktualisiert. Eine erste EFQM-Befragung sowie Punktbewertung wurden durchgeführt. Erste Themen wurden priorisiert und bearbeitet. Weitere Themen sollen bearbeitet werden. Eine Übersicht über die bearbeiteten Themen wird durch die PDL erstellt. Die monatlichen Sitzungen sollen weiterhin stattfinden.</li> <li>- Das Formular „Entwicklungsplanung“ wird in „Projektplanung“ umbenannt und vereinfacht neu gestaltet. Die PDL arbeitet die Änderungen in das neue Formular bis zur nächsten Sitzung ein.</li> </ul>
6.12.05	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apothekenwechsel: Ab 1.3.06 wird eine andere Apotheke die Einrichtung beliefern. Es werden statt dem Verfahren „Verblistern“ Behälter sog. „Boxen“ von der Apotheke verwendet. Deren Einführung wird detailliert mit der PDL, den WBLs und den Mitarbeitern der Apotheke besprochen. Der Qualitätszirkel soll über den Projektstand informiert werden. Die VA und Informationen für die Ärzte werden durch die PDL erarbeitet und bekannt gegeben.</li> <li>- Die PDL informiert, dass die Autorin ihre Beobachtungsaufzeichnungen mit der PDL und der HL besprochen und ausgewertet hat. Eine Aufarbeitung und Information über die Ergebnisse der Beobachtungen für die Pflegekräfte erfolgt durch die PDL.</li> <li>- Unsicherheiten der PDL über Handhabungen zu VA werden geklärt.</li> <li>- Die VA über das Wechseln von Insulinnadeln wurde in Kraft gesetzt und der Funktionsplan geändert.</li> <li>- Die Ordner mit den Pflegestandards bekommen ein Deckblatt mit der Aufschrift „VA entsprechen Pflegestandards“.</li> </ul>
Protokoll	bearbeitete Themen Januar bis Juni 2006
16.1.06	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die PDL stellt ein neues Mitglied im Qualitätszirkel vor.</li> <li>- Die Themen der letzten Sitzung werden besprochen.</li> <li>- Die PDL berichtet über den Stand des „Apothekenwechsels“. Im Januar 2006 finden die Detailabsprachen über Abläufe und Hinweise zum Apothekenwechsel mit der Apotheke statt. Der Termin zur Einführung bzw. den Wechsel der Apotheke zum 1.3.06 wird bestätigt.</li> <li>- Die Mitglieder des Qualitätszirkels entscheiden sich für die Auswahl der zu bearbeitenden Themen nach Priorität der Wichtigkeit für die Einrichtung, nicht nach Punktzahl der Bewertung. In der nächsten Sitzung wird entschieden, welches Thema bearbeitet wird. Für die Fragebögen der Selbstbewertung wird ein neuer Ordner angelegt.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Für eine bessere Organisation der Tätigkeiten von 1-Euro-Jobbern wurde durch die WBLs und die PDL ein Funktionsplan erarbeitet und nach Absprache mit der HL freigegeben.</li> </ul>
20.2.06	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eine Diplomandin des Studiengangs „Pflegermanagement“ stellt im Qualitätszirkel das Ergebnis ihrer Diplomarbeit, einen „Risikoanalysebogen“, als Instrument zur Bewertung der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme der Bewohner vor.</li> <li>- Die PDL erläutert, dass sich die Einrichtung neben weiteren Altenpflegeheimen an der praktischen Einführung der Risikoanalyse beteiligt. Die Diplomandin stellt die Vorgehensweise und notwendige Zuarbeiten der Einrichtung vor. Sie gibt Protokolle zur Erfassung der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme an die PDL aus.</li> <li>- Apothekenwechsel: Ab 1.3.2006 wird die Umstellung des Medikamentensystems eingeführt. Die Zuarbeiten wurden von der PDL organisiert und die Ärzte wurden schriftlich durch die PDL von den Änderungen informiert.</li> </ul>
21.3.06	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Mitarbeiterin, die am 16.1.06 als neues Mitglied vorgestellt wurde, scheidet aus dem Qualitätszirkel aus, da sie nicht mehr in der Einrichtung beschäftigt ist. Eine neue Mitarbeiterin wird als neues Mitglied vorgestellt.</li> <li>- Eine Mitarbeiterin erklärt sich bereit das Führen und Ergänzen der Projektplanungen der einzelnen Themen zu übernehmen. Die Protokolle des Qualitätszirkels werden weiterhin durch die PDL erstellt.</li> <li>- Im Qualitätszirkel wurde bekannt gegeben, dass der Apothekenwechsel und das neue Medikamentensystem eingeführt worden sind. Änderungen im Arbeitsablauf wurden in einer VA erfasst und den Mitarbeitern bekannt gegeben.</li> <li>- Dem Qualitätszirkel wurde mitgeteilt, dass eine Praktikantin des Studiengangs Pflegemanagements in der Einrichtung eine Bewohnerbefragung durchführte. Die Praktikantin erarbeitete einen Fragebogen, den sie selbst einsetzte und die Ergebnisse der Einrichtung zur Verfügung stellte. Die Auswertung der Ergebnisse soll mit den WBLs in den Teamsitzungen besprochen werden.</li> <li>- Die Hygienebeauftragte erarbeitete eine VA zur „Akutverschmutzung“ und nutzt ab sofort für von ihr erstellte VAs das neue Formular.</li> </ul>
19.4.06	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die neue Mitarbeiterin im Qualitätszirkel berichtet über ihre Erfahrungen beim Aufbau eines Qualitätsmanagement aus ihrer bisherigen Tätigkeit.</li> <li>- Die Inhalte der letzten Sitzung werden reflektiert.</li> <li>- Der Qualitätszirkel beschließt die Bewohnerbefragungsergebnisse im Qualitätszirkel auszuwerten, dafür werden jedem Mitarbeiter im Qualitätszirkel Fragen und Ergebnisse der Befragung ausgehändigt, deren Bewertung bis zur nächsten Sitzung vorbereitet werden soll. In der nächsten Sitzung werden in einer kurzen mündlichen Auswertung die Ergebnisse ausgewertet. Diese Auswertung bildet die Grundlage für eine Prioritäten- und Maßnahmenliste.</li> <li>- Der Apothekenwechsel wurde erfolgreich abgeschlossen. Die PDL berichtet über eine merkliche Entlastung der Mitarbeiter und Verringerung von Fehlern.</li> <li>- Im April 2006 wird die erste Schulung zur Einführung des elektronischen Pflegedokumentationssystems durchgeführt. Die Einführung erfolgt über einen Zeitraum von einem Jahr. Die Mitarbeiter des Qualitätszirkels bringen sich bei Bedarf ein.</li> </ul>
15.5.06	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die PDL reflektiert die Inhalte der letzten Sitzung.</li> <li>- Im Qualitätszirkel werden von den Mitarbeitern ihre Auswertungen und Interpretationen zu den Fragen der Bewohnerbefragung vorgestellt und diskutiert. Die PDL hält die Fragen fest, wo nach Bewertung der Ergebnisse Handlungsbedarf besteht. Die Mitarbeiter stellen fest, dass der Fragebogen der Praktikantin einige unverständlich formulierte Fragen enthält sowie dass der Fragebogen Platz für „Bemerkungen/Begründungen“ enthalten sollte. Die Auswertung der Fragen wird in der nächsten Sitzung fortgesetzt.</li> <li>- Die PDL informiert über die Einführung der elektronischen Pflegedokumentation. Es bleibt zunächst offen, ob sich die Mitarbeiter des Qualitätszirkels mit Problemen im Zusammenhang mit der Einführung des Programms befassen, da der Bedarf noch nicht absehbar ist.</li> </ul>
19.6.06	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die PDL reflektiert die Inhalte der letzten Protokolls.</li> <li>- Die PDL informiert, dass im Juli 2006 eine interne Qualitätsprüfung durch einen</li> </ul>

	<p>Mitarbeiter des Trägerverbands durchgeführt werden soll, die an die Prüfung des MDK angelehnt ist. Die PDL weist darauf hin, dass die Dokumentationen vollständig und ordnungsgemäß geführt werden sollen.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Die Einführung der elektronischen Pflegedokumentation verläuft planmäßig. Demnächst werden Vitalzeichenblatt, Berichteblatt und Stammbblätter nur noch elektronisch geführt.</li><li>- Die Auswertung der Bewohnerbefragung im Qualitätszirkel wird fortgesetzt. Die PDL notiert Themen aus denen sich Handlungsbedarf ergibt, der in der nächsten Sitzung schriftlich herausgearbeitet wird.</li></ul>
--	---

*Tabelle A-2: Bearbeitete Themen des Qualitätszirkels im Untersuchungszeitraum Juni 2005 bis Juni 2006*

## Anlage 3: Interviewleitfäden T<sub>1</sub>

### Interviewleitfaden Expertenbefragung T<sub>1</sub>

Berufsbiographische Angaben:

1. Wie alt sind sie?
2. Wie sind sie zu diesem Beruf gekommen?
3. Welche Ausbildung haben sie gemacht?
4. Welche Entscheidung führte dazu diesen Beruf auszuüben?
5. Warum sind sie in dieser Einrichtung tätig?
6. Waren sie bereits in anderen pflegerischen Zusammenhängen (beispielsweise in anderen Einrichtungen) tätig?

#### *Teil 1: Fragen zur Bedeutung des Qualitätsmanagements und den Zielen der Arbeit*

Stellenwert des Qualitätsmanagements:

7. Was am Qualitätsmanagement ist für ihre Einrichtung wichtig?
8. Welche Probleme sehen sie im Zusammenhang damit?

Stellenwert und Ziele der Arbeit:

9. Was ist Ihnen als Person in ihrer Arbeit wichtig?
10. Was ist das Ziel Ihrer Arbeit als Leitungskraft?

Ziele des Qualitätsmanagements:

11. Was ist das Ziel des Qualitätsmanagement aus Ihrer Sicht?
12. Woran machen sie Qualität in der Pflege und Betreuung fest?

Anzeichen von Qualität:

13. Was macht eine gute Pflege und Betreuung aus?
14. Woran erkennen sie, dass ein Mitarbeiter gut pflegt?
15. Woran erkennen sie, dass ein Mitarbeiter schlecht pflegt?

#### *Teil 2: Fragen zu Situationen und Verhaltensweisen von Personen an denen Qualität sichtbar wird*

Beschreibung positiver critical Incidents:

16. Beschreiben sie mir konkrete Situationen aus dem Arbeitsalltag in der eine Pflegeperson gut gepflegt bzw. die genannten Ziele und Aufgaben gut umgesetzt hat?
17. Wie hat sich eine (kompetente) Pflegeperson in dieser konkreten Situation verhalten?
18. Was war das Ergebnis dieser Situation durch das Verhalten der Pflegeperson?

Beschreibung negativer critical Incidents:

19. Beschreiben sie mir Situationen aus dem Arbeitsalltag in der eine Pflegeperson schlecht gepflegt bzw. die genannten Ziele und Aufgaben schlecht oder nicht umgesetzt hat?
20. Wie hat sich die Pflegeperson in dieser konkreten Situation verhalten?
21. Was war das Ergebnis dieser Situation durch das Verhalten der Pflegeperson?

**Teil 3: Fragen zur Qualität in der Einrichtung**

Einschätzung der Pflegequalität in der Einrichtung:

22. Wie schätzen sie die Qualität in ihrer Einrichtung ein.
23. Nennen sie diesbezüglich Stärken und Schwächen.

Anregungen für Qualitätsentwicklung:

24. Welche Ziele in Bezug auf die Pflege sollen erreicht werden?
25. Was sollte sich für die Zukunft ändern?
26. Was sollte sich bezüglich der Struktur und Organisation in der Einrichtung ändern?
27. Wie ließe sich das konkret umsetzen?

**Interviewleitfaden Mitarbeiterbefragung T<sub>1</sub>**

Berufsbiographische Angaben:

1. Wie alt sind sie?
2. Wie sind sie zu diesem Beruf gekommen?
3. Welche Ausbildung haben sie gemacht?
4. Welche Entscheidung führte dazu diesen Beruf auszuüben?
5. Warum sind sie in dieser Einrichtung tätig?
6. Waren sie bereits in anderen pflegerischen Zusammenhängen (beispielsweise in anderen Einrichtungen) tätig?

**Teil 1: Fragen zur Bedeutung des Qualitätsmanagements und den Zielen der Arbeit**

Stellenwert und Ziele der Arbeit:

7. Was ist Ihnen als Person in ihrer Arbeit wichtig?
8. Was ist das Ziel ihrer Arbeit als Pflegekraft?
9. Woran machen sie Qualität in der Pflege und Betreuung fest?

Anzeichen von Qualität:

10. Was macht eine gute Pflege und Betreuung aus?

**Teil 2: Fragen zu Situationen und Verhaltensweisen von Personen an denen Qualität sichtbar wird**

Beschreibung positiver critical Incidents:

11. Welche typischen (auffallenden) Situationen aus dem Arbeitsalltag der letzten Tage sind Ihnen besonders in Erinnerung geblieben?
12. Beschreiben sie eine Situation wo sie denken, dass etwas gut geklappt hat zwischen Ihnen und einem Bewohner?
13. Beschreiben sie genau, wie sie sich in dieser Situation verhalten haben?
14. Was war das Ergebnis dieser Situation durch Ihr Verhalten?
15. An welche Situationen können sie sich noch erinnern wo etwas besonders gut zwischen Ihnen und einem Bewohner funktionierte?
16. Beschreiben sie diese Situation genau.
17. Beschreiben sie, genau wie sie sich verhalten haben.
18. Was war das Ergebnis dieser Situation durch Ihr Verhalten?

Beschreibung negativer critical Incidents:

19. Erinnern sie sich an schwierige Situationen die für sie belastend waren, wo etwas nicht so abgelaufen ist, wie sie es sich vorgestellt haben.
20. Beschreiben sie diese Situation genau.
21. Beschreiben sie genau, wie sie sich in diesem Fall verhalten haben?
22. Was war das Ergebnis dieser Situation durch Ihr Verhalten?

***Teil 3: Fragen zur Qualität in der Einrichtung***

Einschätzung der Pflegequalität in der Einrichtung:

23. Wie beurteilen sie die Qualität der Pflege in dieser Einrichtung?
24. Nennen sie diesbezüglich Stärken und Schwächen.

Anregungen für Qualitätsentwicklung:

25. Welche Ziele in Bezug auf die Pflege sollen erreicht werden?
26. Was sollte sich in Zukunft ändern?
27. Wie sollte das konkret aussehen?

**Interviewleitfaden Bewohnerbefragung T<sub>1</sub>**

Biographische Angaben:

1. Wie alt sind sie?
2. Wie lange wohnen und leben sie bereits hier im Heim?
3. Warum und unter welchen Umständen sind sie hier her gekommen?

***Teil 1: Fragen zur Bedeutung der Pflege und Betreuung***

Anzeichen von Qualität:

4. Was ist Ihnen in der Pflege und Betreuung wichtig? Was ist Ihnen wichtig, das die Pflegekräfte machen?
5. Was macht eine gute Pflege und Betreuung aus? Was muss gemacht werden, um eine gute Pflege zu leisten?
6. Wie fühlen sie sich hier gepflegt und betreut?

***Teil 2: Fragen zu Situationen und Verhaltensweisen von Personen an denen Qualität sichtbar wird***

Beschreibung positiver critical Incidents:

7. Beschreiben sie mir Situationen, in denen sie gut betreut und gepflegt wurden?
8. Beschreiben sie genau, wie sich die Pflegeperson dabei verhalten hat?
9. Was war das Ergebnis dieser Situation?

Beschreibung negativer critical Incidents:

10. Beschreiben sie Situationen, wo sie schlecht betreut wurden. Situationen an denen sich eine schlechte Pflege und Betreuung zeigte. Situationen zwischen Ihnen und einer Pflegekraft, die problematisch oder schwierig für sie waren.
11. Beschreiben sie genau, wie sich die Pflegeperson dabei verhalten hat?
12. Was war das Ergebnis dieser Situation?



***Teil 3: Fragen zur Qualität in der Einrichtung***

Einschätzung der Pflegequalität in der Einrichtung:

13. Wie beurteilen sie die Qualität der Pflege und Betreuung in dieser Einrichtung?
14. Nennen sie Stärken und Schwächen.

Anregungen für Qualitätsentwicklung:

15. Was sollte sich in der Zukunft ändern?
16. Wie sollte das konkret aussehen?

## Anlage 4: Interviewleitfäden T<sub>2</sub>

### Interviewleitfaden Expertenbefragung T<sub>2</sub>

#### *Teil 1: Fragen zu Situationen und Verhaltensweisen von Personen an denen Qualität sichtbar wird*

Beschreibung positiver critical Incidents:

1. Beschreiben sie mir konkrete Situationen aus dem Arbeitsalltag in der eine Pflegeperson gut gepflegt (bzw. die genannten Ziele und Aufgaben gut umgesetzt) hat.
2. Wie hat sich die Pflegeperson in dieser konkreten Situation verhalten?
3. Schätzen sie ein, warum die Pflegekraft so in der Situation gehandelt hat. Worauf ist das Verhalten der Person zurückzuführen?
4. Was war das Ergebnis dieser Situation durch das Verhalten der Pflegeperson?

Beschreibung negativer critical Incidents:

5. Beschreiben sie mir Situationen aus dem Arbeitsalltag in der eine Pflegeperson schlecht gepflegt bzw. die genannten Ziele und Aufgaben schlecht oder nicht umgesetzt hat?
6. Wie hat sich die Pflegeperson in dieser konkreten Situation verhalten?
7. Schätzen sie ein, warum die Pflegekraft so in der Situation gehandelt hat. Worauf ist das Verhalten der Person zurückzuführen?
8. Was war das Ergebnis dieser Situation durch das Verhalten der Pflegeperson?

#### *Teil 2: Fragen zur Qualität in der Einrichtung*

Einschätzung der Pflegequalität in der Einrichtung:

9. Woran machen sie Qualität in der Pflege und Betreuung fest?
10. Was macht eine gute Pflege und Betreuung aus?
11. Was hat sich konkret in der Pflege und Betreuung in dieser Einrichtung im Zeitraum August 2005 bis jetzt verändert?
12. Was hat sich konkret in ihrer Beziehung zu den Bewohnern in dieser Einrichtung im Zeitraum August 2005 bis jetzt verändert?
13. Was hat sich konkret an der Pflege- und Betreuungsqualität in dieser Einrichtung im Zeitraum August 2005 bis jetzt verändert?
14. Worauf sind diese Veränderungen zurückzuführen?

#### *Teil 3: Fragen zur Qualitätsentwicklung*

Entwicklungen, Veränderungen und Ereignisse durch das Qualitätsmanagement:

15. Beschreiben sie besondere Veränderungen, Entwicklungen oder Ereignisse (Projekte) die in der letzten Zeit geschehen sind (organisatorische, strukturelle, mitarbeiterbezogene und bewohnerbezogene Veränderungen).
16. Warum ist dieses Ereignis geschehen?
17. Was haben sie und die Pflegekräfte konkret in dem Ereignis/Projekt gemacht?
18. Warum haben sie und die Pflegekräfte sich so verhalten?

**Interviewleitfaden Mitarbeiterbefragung T<sub>2</sub>*****Teil 1: Fragen zu Situationen und Verhaltensweisen von Personen an denen Qualität sichtbar wird***

Beschreibung positiver critical Incidents:

1. Welche typischen (auffallenden) Situationen aus dem Arbeitsalltag der letzten Tage sind Ihnen besonders in Erinnerung geblieben?
2. Beschreiben sie eine Situation wo sie denken, dass etwas gut geklappt hat zwischen Ihnen und einem Bewohner?
3. Beschreiben sie genau, wie sie sich in dieser Situation verhalten haben?
4. Warum haben sie so in der Situation gehandelt?
5. Was war das Ergebnis dieser Situation durch Ihr Verhalten?

Beschreibung negativer critical Incidents:

6. Erinnern sie sich an schwierige Situationen die für sie belastend waren, wo etwas nicht so abgelaufen ist, wie sie es sich vorgestellt haben.
7. Beschreiben sie diese Situation genau.
8. Beschreiben sie genau, wie sie sich in diesem Fall verhalten haben?
9. Warum haben sie so in der Situation gehandelt?
10. Was war das Ergebnis dieser Situation durch Ihr Verhalten?

***Teil 2 Fragen zur Qualität in der Einrichtung***

Einschätzung der Pflegequalität in der Einrichtung:

11. Woran machen sie Qualität in der Pflege und Betreuung fest?
12. Was macht eine gute Pflege und Betreuung aus?
13. Was hat sich konkret in der Pflege und Betreuung in dieser Einrichtung im Zeitraum August 2005 bis jetzt verändert?
14. Was hat sich konkret in ihrer Beziehung zu den Bewohnern in dieser Einrichtung im Zeitraum August 2005 bis jetzt verändert?
15. Was hat sich konkret an der Pflege- und Betreuungsqualität in dieser Einrichtung im Zeitraum August 2005 bis jetzt verändert?
16. Worauf sind diese Veränderungen zurückzuführen?

***Teil 3 Fragen zur Qualitätsentwicklung***

Entwicklungen, Veränderungen und Ereignisse durch das Qualitätsmanagement:

17. Beschreiben sie besondere Veränderungen, Entwicklungen oder Ereignisse (Projekte) an denen sie beteiligt sind/waren bzw. von denen sie gehört haben (organisatorische, strukturelle, mitarbeiterbezogene und bewohnerbezogene Veränderungen).
18. Warum ist dieses Ereignis geschehen?
19. Was haben sie bzw. die Kollegen konkret in dem Ereignis/Projekt gemacht?
20. Warum haben sie bzw. die Kollegen sich so verhalten?

**Interviewleitfaden Bewohnerbefragung T<sub>2</sub>**

Biographische Angaben:

1. Wie alt sind sie?
2. Wie lange wohnen und leben sie bereits hier im Heim?
3. Warum und unter welchen Umständen sind sie hier her gekommen?

***Teil 1: Fragen zu Situationen und Verhaltensweisen von Personen an denen Qualität sichtbar wird***

Beschreibung positiver critical Incidents:

4. Beschreiben sie mir Situationen, in denen sie gut betreut und gepflegt wurden?
5. Beschreiben sie genau, wie sich die Pflegeperson dabei verhalten hat?
6. Warum hat die Pflegekraft so in der Situation gehandelt?
7. Was war das Ergebnis dieser Situation?

Beschreibung negativer critical Incidents:

8. Beschreiben sie Situationen, wo sie schlecht betreut wurden. Situationen an denen sich eine schlechte Pflege und Betreuung zeigte. Situationen zwischen Ihnen und einer Pflegekraft, die problematisch oder schwierig für sie waren.
9. Beschreiben sie genau, wie sich die Pflegeperson dabei verhalten hat?
10. Warum hat die Pflegekraft so in der Situation gehandelt?
11. Was war das Ergebnis dieser Situation?

***Teil 2: Fragen zur Qualität in der Einrichtung***

Einschätzung der Pflegequalität in der Einrichtung:

12. Was ist Ihnen in der Pflege und Betreuung wichtig? Was ist Ihnen wichtig, das die Pflegekräfte machen?
13. Was macht eine gute Pflege und Betreuung aus? Was muss gemacht werden, um eine gute Pflege zu leisten?
14. Was hat sich konkret in der Pflege und Betreuung in dieser Einrichtung im Zeitraum August 2005 bis jetzt verändert?
15. Was hat sich konkret in ihrer Beziehung zu den Pflegekräften in dieser Einrichtung im Zeitraum August 2005 bis jetzt verändert?
16. Was hat sich konkret an der Pflege- und Betreuungsqualität in dieser Einrichtung im Zeitraum August 2005 bis jetzt verändert?
17. Worauf sind diese Veränderungen zurückzuführen?

***Teil 3: Fragen zur Qualitätsentwicklung***

Entwicklungen, Veränderungen und Ereignisse durch das Qualitätsmanagement:

18. Beschreiben sie besondere Veränderungen, Entwicklungen oder Ereignisse (Projekte) hier im Altenpflegeheim in die sie als Bewohner einbezogen wurden bzw. von denen sie gehört haben (Arbeitsablauf der Pflegekräfte, Tagesablauf der Bewohner, die Planung, Abläufe und Organisation des Heimes betreffende Veränderungen).
19. Was wissen sie darüber, warum dieses Ereignis geschehen ist?
20. Was haben sie als Bewohner konkret in dem Ereignis/Projekt gemacht?
21. Was haben die Pflegekräfte konkret in dem Ereignis/Projekt gemacht?

## Anlage 5: Verhaltensweisen und abgeleitete Fähigkeiten T<sub>1</sub>

hergeleitete (Handlungs-) Fähigkeit	abgeleitetes Handeln	Verhaltenskategorie (Hauptkategorie der Verhaltensweisen)	gruppierte Verhaltensweisen
Fähigkeit zu akzeptieren	Bewohnerverhal- ten akzeptieren	akzeptieren	Bewohner akzeptieren müssen Verhalten akzeptieren Verhalten akzeptieren Mitarbeiter muss akzeptieren nicht bedrängen nichts wegnehmen hinnehmen(3) <sup>96</sup>
Fähigkeit zur Selbstbeherrschung	sich beherrschen	erdulden	gefallen lassen (2) dastehen und schlucken schlucken (2) wegstecken
		nicht schimpfen	nicht schimpfen (4)
		nicht widersprechen	nicht streiten nichts einwenden nicht widersprechen
		sich ruhig verhalten	ruhig reden ruhig bleiben (2) innerlich ruhig bleiben nicht aggressiv und hektisch
		sich beherrschen	sich beherrschen zusammenreißen nicht aufregen hinhören und drüber weg sehen lässt sich nichts anmerken
Durchsetzungsfähig- keit	sich durchsetzen	sich durchsetzen	über Schatten springen und sich durchsetzen Mitarbeiter schafft es, badet und wäscht Bewohner Mitarbeiter nimmt Nachthemd weg Bewohner lässt sich waschen Bewohner wird öfters geduscht setzt Körperpflege durch resolut sein souverän verhalten Bewohner warten lassen
Fähigkeit nachsich- tig zu handeln	nachsichtig handeln	(Bewohnern) verzeihen	nicht nachtragen Beschimpfung vergessen

<sup>96</sup> Die Ziffer in der Klammer gibt an, wie häufig diese Verhaltensweise in den verschiedenen Critical Incidents bei Mehrfachnennung ermittelt wurde (es handelt sich nicht um die Anzahl codierter Textstellen).

Distanzierungsfähigkeit	sich distanzieren	resignieren	denkt sich, macht sowieso alles falsch (2) auf Schimpfen einstellen Bewohner schimpfen lassen und nicht darauf eingehen denken, Erklären bringt sowieso nichts
		ignorieren	Mitarbeiter redet nicht mehr mit Bewohner nicht mehr hinhören nichts mehr sagen verhält sich normal Sprüche machen
		zurückziehen	Pieper ausschalten“ weggehen (2) schickt Bewohner weg geht zu anderem Bewohner nimmt Abstand zum Bewohner Bewohner und Arbeit übergeben Mitarbeiter geben Bewohner ab
		sich wehren	die Meinung sagen im Gespräch zurechtweisen Bewohner über sein Unrecht aufklären Bewohner auf Fehler hinweisen ansprechen es zu unterlassen
Planungs- und Organisationsfähigkeit	planen und organisieren	vorausschauend planen	vorsorgen priorisieren lernen im Vorfeld einweisen geeignete Mitarbeiter auswählen
	nicht planen und organisieren	Sitzordnung ungünstig geplant	unangenehme Sitzposition (2) ungünstige Sitzordnung konnte nicht aussteigen möchte nicht mehr mitfahren
Flexibilität und Anpassungsfähigkeit	sich flexibel anpassen	flexibel handeln	Bewohner teilweise waschen Handlung verschieben später versuchen dort hin rennen mehr gehen müssen sofort aufnehmen und antworten Punkt erwischen und sofort gehen flexibel reagieren später erneut hingehen Mitarbeiter bringt Essen zu spät etwas klappt nicht andere Suppe angeboten
		sich Zeit nehmen	Zeit nehmen (2) hinsetzten langsam angehen warten (2) Zeit nehmen Bewohner in Ruhe lassen
Fähigkeit sich zu engagieren	sich engagieren	engagieren	sich engagieren ist extra gekommen fotografieren

			möchte überall sein viel Mühe geben Mitarbeiter macht was Bewohner verlangt nach Willen des Bewohner Bewohner alles recht machen machen alles Blumen versorgen
Fähigkeit zur Hilfeleistung	Hilfe leisten	helfen, unterstützen	unterstützen Bewohner aufheben Hilfe beim Einsteigen einsteigen über Fußbank Strümpfe an- und ausziehen Hilfe beim Anziehen aus- und anziehen helfen helfen aus- und anziehen nimmt Bewohner an die Hand Mitarbeiter gehen mit Bewohner Hilfe anbieten Unterstützung anbieten
Assoziationsfähigkeit	assoziiieren	Verknüpfungen herstellen	Bewohner mit Kindern verglei- chen Pflegetätigkeit mit Arbeit im Kindergarten vergleichen Bewohner mit anderen Bewoh- nern vergleichen
Fähigkeit zur kreativen Gestaltung	kreativ arbeiten	Umgebung gestalten	Wohnbereich gestaltet Möbel besorgt Bad gestaltet
Fähigkeit fürsorglich zu handeln	fürsorglich handeln	kümmern	Haare kämmen und fönen Mitarbeiter ist beim Baden dabei Schaumfestiger in Haare streichen Mitarbeiter kümmern sich auch um andere Bewohner versorgen bemuttern und kümmern angenehm machen ins Bett bringen Bewohner fertig gemacht Bewohner ins Foyer setzen Getränk und Zeitung anbieten intensiv im Auto betreut Tücher gebracht intensiv im Heim gepflegt Essen bringen Geschirr und Kleidung abholen betreuen mit Zeitschrift beschäftigt Getränk hinstellen
		fürsorglich handeln	Sorgen um andere machen Bewohner ins Bett legen nach Befinden fragen Bewohner zudecken

Fähigkeit zu motivieren	motivieren	(Bewohner) motivieren	Interesse wecken fordern anregen gut zureden motivieren (2) motivieren zum Laufen ermutigen animieren bestätigen umstimmen anspornen „Gute Miene“ vormachen Bewohner arbeiten mit Bewohner hat sich Namen gemerkt Bewohner steht auf und setzt sich in Rollstuhl witzig und humorvoll rangehen Einstellung des Bewohners kritisieren
		(Bewohner) loben	lobt die Frisur Lobt ihre Mitarbeit (2) lobt Bewohnerin, hat schön mitgemacht
Fähigkeit Wertschätzung zu vermitteln	Wertschätzung vermitteln	wertschätzend verhalten	Bewohner ernst nehmen aktiv zuhören Bewohner bestätigen Gefühl der Wertschätzung vermitteln
	keine Wertschätzung vermitteln	nicht wertschätzend verhalten	reagiert barsch und rau geht auf Bewohner zu spricht laut mit Bewohner kommuniziert emotional
Fähigkeit sich in andere einzufühlen und hineinzuversetzen	sich einfühlen und hineinversetzen	einfühlen	reden und trösten trösten dem Bewohner erleichtern ein Gefühl haben einfühlsam Lagerungen vermeiden gefühlvoll gefühlvoll-liebevoll mitfühlen ruhig eingehen eingehen (2) auf Bewohner eingehen
	sich nicht einfühlen und hineinversetzen	nicht einfühlen	Bettdecke weg geschlagen mit sich selbst beschäftigen privat unterhalten unangenehme Situation für Bewohner verletzte Intimsphäre des Bewohners



Fähigkeit Zuwendung auszudrücken	Zuwendung entgegenbringen	Zuneigung vermitteln	Zuwendung geben Empfindungen vermitteln Zuneigung zeigen Wärme kommt rüber lachen (4)
		streicheln, drücken	streicheln (3) drücken lassen drücken (2)
Fähigkeit zur Wahrnehmung	wahrnehmen	bemerken	bemerken (4) mitbekommen ernst genommen wahrgenommen Reaktionen des Bewohners bemerken
		hören	vor der Tür lauschen hören hört Bewohnerin rufen
		beobachten	beobachten (2)
		sehen	sehen Stimmung sehen
	nicht wahrnehmen	nicht wahrnehmen	Tür offen gelassen nicht wahrnehmen mit sich selbst beschäftigen nicht gesehen Mitarbeiter hört das Klingeln nicht nicht aufgefallen
Fähigkeit zum Zuhören	zuhören	zuhören	zuhören (5)
Fähigkeit zum Perspektivwechsel	Perspektiven wechseln	erkennen und Verhalten ändern	erkennt, Bewohner nichts wegnehmen erkennt, mit Bewohner reden erkennt, Erzählen ist zwecklos Mitarbeiter ändern Sitzordnung versucht mit Worten zu beruhigen Pfleger hinzuziehen Rettungsdienst anrufen Rat suchen Rat annehmen
Reflexionsfähigkeit	reflektieren	Arbeitssituation überdenken	Zeitdruck Stress Zeitaufwand Zeit abzweigen lange Dauer Arbeitsituation reflektieren Zeit drückt mehr pflegen unbezahlte Zuwendung kritisiert Entscheidungen reflektiert, dass sie zu viel macht
		nachdenken	nachdenken (8) nachdenken über Ansehen überlegen

		hinterfragen	sucht nach Begründungen (2) Erklärung des Verhaltens
	nicht reflektieren	nicht hinterfragen	Bedürfnis des Bewohners nicht hinterfragt Stürze nicht hinterfragt
Fähigkeit (Bewohner-/ Verhalten) einzuschätzen	einschätzen	einschätzen	Gespräch einschätzen (Verhalten) des Bewohners einschätzen (3) auswerten
Fähigkeit Interesse zu bekunden	Interesse bekunden	Interesse zeigen	kennt Bewohner Bewohner kennen Mitarbeiter kennen Bewohner Reaktionen merken lässt Bewohner ausschlafen Zeit nehmen zuhören Aufmerksamkeit schenken Reden Geschenke mitbringen
Fähigkeit abzulenken	ablenken	(Bewohner) ablenken	weist auf andere Sachen hin Bewohner werden für kurze Zeit abgelenkt Bewohner vom Weglaufen abgelenkt
Fähigkeit zu überzeugen	überzeugen	(Bewohner) überzeugen	ins Gewissen reden und erklären zur Einsicht bringen
		(Bewohner) zum Nachdenken anregen	an Bewohner appellieren andere Bewohner um Verständnis bitten zum Nachdenken anregen
Fähigkeit zu beruhigen	beruhigen	(Bewohner) beruhigen	beruhigend sprechen (2) mit Worten beruhigen beruhigend streicheln Bewohner hat sich beruhigt (2) Bewohner verliert das Thema Bewohner geht Kaffee trinken Bewohner ist ruhig und zufrieden Bewohner atmet gleichmäßiger runter spielen
Kommunikationsfähigkeit	kommunizieren	nachfragen, fragen	nachfragen (4) Fragen stellen nach Einverständnis fragen fragen
		antworten	antworten auf Fragen Mitarbeiter gehen auf Fragen ein kontert im Gespräch Gespräch aufgreifen

		kommunizieren	kommunizieren informieren Mitarbeiter beschreiben was sie sehen über die Vergangenheit reden verständlich reden mit Bewohner ruhig sprechen reden (12) lange reden viel reden gut unterhalten (2) im Vorbeigehen reden Gespräch über Badgestaltung Gespräch beim Waschen Gespräch führen (Smalltalk) (2) Gespräch führen (5) sprechen (4) forscher Ton mit kräftiger Stimme reden Mitarbeiter-Gespräch gute Kommunikation Bewohner ist einverstanden nach Gespräch
		erklären	erklären (5) in Ruhe erklären im Gespräch erklären (2) sachlich erklären vor dem Bewohner erklären reden und erklären
		Scherze machen	Faxen machen locker rangehen Scherze machen
Fähigkeit in Interaktion zu treten	in Interaktion treten	Kontakt herstellen	hingehen (3) hingehen und erinnern ins Zimmer gehen Mitarbeiter kommt zum Bewohner (2) Bewohner ansprechen (2) freundlich ansprechen vorstellen Mitarbeiter vorgestellt Begrüßung von Mitarbeitern Hand geben nette Worte dem Bewohner vorgestellt
Fähigkeit Vertrauen herzustellen	Vertrauen herstellen	Vertrauen herstellen	Vertrauen schaffen gutes Verhältnis vertraute Gespräche Pflege durch Bezugspersonen
	misstrauisches Handeln	Bewohnern misstrauen	nicht glauben
Fähigkeit Bewohner nicht zu bevorzugen	Bewohner nicht bevorzugen	Bewohner gleich behandeln	gleich behandeln
	Bewohner bevorzugen	Bewohner bevorzugen	schreiende Bewohner bevorzugt

Team- und Kooperationsfähigkeit	zusammenarbeiten	zusammenarbeiten	Privatgespräche im Team besprechen Mitarbeiter mitnehmen weitergeben an das Team Mitarbeiter einweisen Mitarbeiter Hilfe anbieten sich zurücknehmen Kontakt zu anderen herstellen (2) Angehörige einbinden mit Angehörigen sprechen Ärzte ansprechen
Fähigkeit Probleme gemeinsam zu lösen	Probleme gemeinsam lösen	Probleme besprechen	Probleme gelöst besprechen der Probleme im Team im Team besprechen
Vermittlungsfähigkeit	vermitteln	vermitteln und schlichten	Freundschaft Bewohner entschuldigt sich Besserung durch Gespräche Ärger legt sich Vermittlung im Gespräch mit Heimleitung Gespräch mit Leitung Streit geschlichtet
Fähigkeit zu integrieren	integrieren	Bewohner integrieren (durch Kommunikation)	Integration Bewohner leisten Zuarbeit Bewohner geht zur Beschäftigung Bewohner in Alltag integriert
Fähigkeit mit Kritik umzugehen	mit Kritik umgehen	sich entschuldigen	entschuldigen (2) entschuldigen
		nicht einsehen	nicht einsehen Schuld bei anderen suchen
		sich rechtfertigen	rechtfertigt sich (3) sich Vorwürfe machen nicht verpflichtet fühlen nicht gesehen
Fähigkeit verantwortlich zu handeln	verantwortlich handeln	nachsehen, kontrollieren	nachsehen nach Bewohner sehen nachschaun (2) Kontrolle nächtlige Kontrollen
Fähigkeit (Fach)Wissen anzuwenden			
Fähigkeit Bewohner zu validieren	validieren	validieren	reden und validieren im Gespräch validieren Validation anwenden Bewohner ernst nehmen aktiv zuhören Bewohner bestätigen Gefühl der Wertschätzung vermitteln
Fähigkeit Bewohner zu mobilisieren	mobilisieren	mobilisieren	Finger trainieren therapeutisch behandeln Bewegungsübungen durchführen in Rollstuhl setzen lagern (2)
Fähigkeit Bewohner	Mobilisation	Mobilisation anleiten	an Bewohner Forderungen stellen

zur Mobilisation anzuleiten	zuleiten		Mitarbeiter zeigt Handlungen anleiten Hand führen ansagen daneben hinstellen Handlungen angesagt
Fähigkeit Körper- pflege durchzuführen	Körperpflege durchführen	Körperpflege durchfüh- ren	Bewohner waschen (6)
Fähigkeit zur Dokumentation	dokumentieren	dokumentieren	dokumentieren schreibt Stellungnahme
Fähigkeit medizini- sches und pflegeri- sches Wissen anzuwenden	medizinisches und pflegerisches Wissen anwenden	medizinisches und pflegerisches Wissen anwenden	Kontrolle des Körpers der Bewohner Einweisung ins Krankenhaus Arztbesuch veranlasst einreiben (2) Anzug anziehen
Die folgenden ermittelten Aussagen der Mitarbeiter stellen Zustände der Personen dar. Sie werden aus diesem Grund nicht die Analyse der Fähigkeiten aus Verhaltensweisen einbezogen.			
Zustände von Mitarbeitern	Mitarbeiter sind zufrieden		Zufriedenheit beim Mitarbeiter Zufriedenheit für Mitarbeiter und Bewohner Erfolgserlebnis für Mitarbeiter (3) Mitarbeiter freut sich (2) Freude beim neuen Mitarbeiter erstaunt
	Mitarbeiter fühlen sich anerkannt und bestätigt		Bewohner bedankt sich (2) Mitarbeiter wird geküsst Mitarbeiter fühlt sich ernst genommen Mitarbeiter ist emotional bewegt (2) Bestätigung für Mitarbeiter (2)
	Mitarbeiter sind unzufrieden, belastet, verärgert		unzufriedene Mitarbeiter (2) Situation belastet Mitarbeiter (2) Belastung für Bewohner und Mitarbeiter Mitarbeiter ist genervt frustriert Frustration Mitarbeiter ärgert sich (2) nicht getrauen
	Mitarbeiter erfährt Konsequenzen		Bewohner-Beschwerde über PDL Beschwerde Ermahnung Konsequenz Personalabbau Folgegespräch mit Heimleitung
	Schuldgefühle haben		Gewissensbisse schlechtes Gewissen Mitarbeiter ist den Tränen nahe Beruhigung des Gewissens

	Freundlichkeit	freundlich Freundlichkeit freundlicher Umgang netter und freundlicher Mitarbeiter Mitarbeiter muss freundlich sein herzlicher Empfang zuvorkommend höflich
Die folgenden ermittelten Aussagen der Mitarbeiter stellen Zustände bzw. Verhaltensweisen der Bewohner dar. Sie werden nicht in die Analyse der Fähigkeiten aus Verhaltensweisen einbezogen und nur aus Gründen der Vollständigkeit hier aufgeführt.		
Zustände und Verhaltensweisen der Bewohner	erreichte körperliche Auswirkung der Bewohner	Heilung bessere Gesundheit anhaltende Schmerzen beim Bewohner Druckstelle, Blasen bettlägerig Nachwirkungen
	Verhalten der Bewohner	Bewohner muss wegstecken Bewohner hält sich zurück Bewohner riecht Bewohner lässt sich gehen Bewohner ist aufgebracht Bewohner schimpft Bewohner vergisst Situation Bewohner diskutiert emotional Inkontinenzmaterial wegschmeißen Bewohnerin leugnet ihr Verhalten Bewohner provoziert immer wieder Bewohnerin schreit nicht mehr Bewohner lächelt Freude beim Bewohner (3) Bewohner weinen vor Freude Bewohner lachen wieder Aufwiegelung anderer Bewohner Bewohner ignoriert andere Bewohner
	Bewohner sind zufrieden	Zufriedenheit beim Bewohner (6) wohlfühlen Foto gemacht Erfolgserlebnis beim Bewohner (2) Weiterentwicklung beim Bewohner niedrige Pflegestufe erreicht
	Bewohnern hat Selbstvertrauen	selbstbewusst Selbstvertrauen Bewohner sind selbstsicher

Tabelle A-3: Verhaltensweisen und abgeleitete Fähigkeiten  $T_1$

## Anlage 6: Beobachtete Verhaltensweisen und abgeleitete Fähigkeiten T<sub>1</sub>

hergeleitete (Handlungs-) Fähigkeit	abgeleitetes Handeln	Verhaltenskategorie (Hauptkategorie der Verhaltensweisen)	gruppierte Verhaltensweisen
Distanzierungsfähigkeit	sich distanzieren	ignorieren	nicht auf Anspielungen des Bewohners eingehen (D) <sup>97</sup> nicht auf Anzüglichkeiten eingehen
Kommunikationsfähigkeit	kommunizieren	kommunizieren	sprechen geredet reden unterhält sich mit Bewohner (D) reden während der Pflegehandlungen (D) Schüler reden mehr mit Bewohner
		singen	Lied anstimmen Vorsingen singt mit Bewohner
		fragen	erkundigt sich im Gespräch nachfragen nachfragen, Rat suchen (D) fragen
		Smalltalk	(D) wechseln ein paar Worte (D) wechseln ein paar Worte beim Getränkereichen (D) Gespräche im Vorbeigehen
Eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit	eingeschränkt kommunizieren	eingeschränkt kommunizieren während der Pflegemaßnahmen	nicht mit Bewohnerin sprechen wenig reden beim Waschen selten direkt mit Bewohner gesprochen nicht gesagt, was es zu essen gibt nicht sprechen bei der Lagerung (D) wenig mit Bewohner gesprochen (D) wenig gesprochen während der Pflege (D) nicht zuhören
Fähigkeit zu überzeugen	überzeugen	überzeugen	spricht mit Bewohnerin im Gespräch überzeugen
Fähigkeit zu motivieren	motivieren	motivieren	motiviert Bewohnerin durchzuhalten

<sup>97</sup> Diese Kennzeichnung gibt an, dass diese Verhaltensweisen aus den weiteren beobachteten Daten abgeleitet wurden (vgl. dazu Anlage 10 Beobachtungsprotokolle).

			gut zusprechen motivieren durch Lied singen
Fähigkeit zur Wahrnehmung	wahrnehmen	hören	hören der Schmerzäußerungen hören (2) <sup>98</sup>
		bemerken	bemerken, dass Katheter entfernt ist sehen (2) bemerken
	nicht wahrnehmen	nicht bemerken	nicht bemerken, dass Ärmel nass wird
Reflexionsfähigkeit	reflektieren	hinterfragen	hinterfragen Verhalten der Bewohnerin (D) reflektieren von Arbeits-handlungen
	nicht reflektieren	nicht überlegen	Bewohner halbnackt ins Bett legen zu enge Socken anziehen zu kleine Socken anziehen
Fähigkeit fürsorglich zu handeln	fürsorglich handeln	fürsorglich handeln	ins Bett legen (2)
Fähigkeit sich in andere einzufühlen und hineinzusetzen	sich einfühlen und hineinversetzen	einfühlen	in Schmerzen einfühlen tröstet, dass der Fuß besser aussieht Häppchen reichen hält Handtuch vors Gesicht eingehen auf Ängste versetzt sich in Bewohnerin, die Schmerzen beim Kauen hat
	sich nicht einfühlen und hineinversetzen	nicht einfühlen	nicht einfühlsam unvollständig angezogen nicht eingegangen nicht auf Äußerungen eingehen (2) nicht auf Vorwurf eingehen Schreie unterdrücken drückt auf den Mund umfasst den Kopf nicht auf Schmerzen eingehen Bewohner an Beinen festhalten Arme und Beine festhalten (D) nicht eingehen (D) nicht in Situation hineindenken (D) nicht zärtlich beim waschen
Fähigkeit Zuwendung auszudrücken	Zuwendung entgegenbringen	streicheln	streichelt das Gesicht berührt und streichelt die Hand

98 Die Ziffer in der Klammer gibt an, wie häufig diese Verhaltensweise in den verschiedenen Critical Incidents bei Mehrfachnennung ermittelt wurde (es handelt sich nicht um die Anzahl codierter Textstellen).



			(D) streicheln
Team- und Kooperationsfähigkeit	zusammenarbeiten	zusammenarbeiten	Gespräch mit Kollegen informiert Mitarbeiter Diskussion unter Mitarbeitern Gespräch mit Mitarbeitern Gespräch unter Mitarbeitern Anleitung für Schülerin nimmt Schüler mit zum üben informiert sich über Handhabung der Zahnprothese Vorschlag einbringen (2) (D) Gespräche im Team über Bewohner (D) gegenseitige Unterstützung
Planungs- und Organisationsfähigkeit	planen und organisieren	vorausschauend planen	Miederhosen und Schlafanzug anziehen Ausziehen vorbeugen vorbeugen Sturz vorbeugen Bett vor Nässe geschützt
		planen und organisieren	Handlungen parallel durchführen organisiert arbeiten (D) Pflegetätigkeiten nebenbei durchgeführt (D) Aufgaben verteilen (D) Zeit für Dokumentation einplanen (D) Sondennahrung vorbereiten
		Tätigkeiten priorisieren	Situation wird abgetan entscheiden, Katheter später zu wechseln Gespräch verschoben Mitarbeiter lässt Arbeit liegen
	nicht planen und organisieren	suchen	Socken heraussuchen größere Socken suchen Pflegematerial im Dienstzimmer und Bewohnerzimmer suchen
		nicht planen und organisieren	erneut wiegen (Rollstuhl) Bewohner wird zweimal gewogen (D) keine Arbeitshinweise geben (D) nicht absprechen (D) Arbeit suchen (D) warten auf Hygienekontrolle (D) mehrmals wiegen (D) Zeitkapazitäten nicht nutzen
Flexibilität und Anpassungsfähigkeit	sich flexibel anpassen	flexibel handeln	übergibt Bewohner an Schüler übergibt Bewohner

			(D) Arbeit untereinander abnehmen (D) Arbeit unterbrechen (D) mit Zwischenfällen umgehen (D) Übergeben von Aufgaben (D) Mitarbeiter improvisieren
Fähigkeit zur Hilfeleistung	Hilfe leisten	unterstützen	stützt Bewohner hilft beim Hinsetzen begleiten (2) unterstützt bei Morgentoilette hilft beim Waschen und Anziehen hilft bei der Intimpflege
Vermittlungsfähigkeit	vermitteln	vermitteln und schlichten	schlichten trennt Bewohner vermittelt Gespräch mit WBL
Fähigkeit zu integrieren	integrieren	Bewohner integrieren	(D) sitzen mit anderen im Speiseraum (D) zur Beschäftigung bringen (D) Bewohner aus Zimmer geholt
	nicht integrieren	Bewohner nicht integrieren	(D) ausgrenzen (D) Bewohner bleiben sitzen (D) Bewohner werden allein sitzen gelassen (D) Bewohner warten, dass etwas passiert
Fähigkeit Wertschätzung zu vermitteln	Wertschätzung vermitteln	wertschätzend verhalten	(D) mit „Sie“ und Namen ansprechen (D) Wünsche des Bewohners ernst nehmen
	keine Wertschätzung vermitteln	nicht wertschätzend verhalten	(D) reden in Wir-Form (D) verniedlichende Ausdrücke (D) kindliche Floskeln
Beziehungsfähigkeit	Beziehungen gestalten	Beziehung aufbauen	(D) Dienst nach Bezugspflege organisieren (D) gleiche Bewohner betreuen
	Beziehungen nicht gestalten	sich nicht mit Bewohnern nicht beschäftigen	(D) Betreuung auf Pflegetätigkeiten reduziert (D) Bewohner müssen allein spielen (D) freie Zeit nicht für Bewohner genutzt
Fähigkeit (Fach)Wissen anzuwenden			
Fähigkeit aktivierende Pflege und Selbstpflege zu ermöglichen	aktivierende Pflege und Selbstpflege anwenden	aktivierende Pflege und Selbstpflege ermöglichen	lässt Bewohner sich selbst waschen bezieht Bewohner in Körperpflege ein

	aktivierende Pflege und Selbstpflege nicht anwenden	aktivierende Pflege und Selbstpflege nicht ermöglichen	Mitarbeiter waschen Bewohner selbst übernimmt das Waschen für Bewohner Ambitionen der Bewohner nicht beachten
Fähigkeit Intimsphäre zu beachten	Intimsphäre beachten	Intimsphäre beachten	anklopfen Oberkörper mit Handtuch bedecken (2) Beine mit Bettdecke bedecken
	Intimsphäre missachten	Intimsphäre missachten	Antwort nicht abwarten und eintreten lassen Türen offen stehen offene Türen steht neben Bewohner während Toilettengang Toilettengang im Zimmer Speisen in den Mund stecken nicht zugedeckt nicht bedeckte Beine, Unterkörper, Brustbereich
Fähigkeit Individualität zu beachten	Individualität beachten	Individualität beachten	Duschen statt baden nicht zum Baden zwingen verschobenes Frühstück anbieten von Deo und Parfum Deo und Parfum ansprühen Wünsche berücksichtigt (2) lässt Bewohner ausschlafen neuen Pullover anziehen (D) freiwilliger Zahnarztbe- such
	Individualität missachten	Individualität missachten	nicht nach Kleidungswunsch fragen nimmt bereitgelegte Kleidung
Fähigkeit Bewohner zu Mobilisation anzuleiten	Mobilisation anleiten	Mobilisation anleiten	Pflegehandlungen ansagen Anleiten zum Drehen Bewohner auffordern (2)
	Mobilisation nicht anleiten	Mobilisation nicht anleiten	wenige Erklärungen, Anleitungen nicht angeleitet (2) nicht mitteilen nicht anleiten, warum Bewohnerin festgehalten wird nicht angekündigt schnelle Bewegung keine Aufforderung
Fähigkeiten zu mobilisieren	mobilisieren	mobilisieren	Bewohner drehen mehrmals lagern, drehen (D) mit Bewohner laufen (D) Gehübungen durchführen
Fähigkeit technische Geräte anzuwenden	technische Geräte einsetzen	technische Geräte anwenden	Sicherung des Tuchs am Lifter fahren des Lifters Lifter fahren Transport ins Bett fährt Rollstuhl

			aus der Wanne heben auf Toilettenstuhl setzen auf Tragetuch gelegt Tragetuch herablassen Bett schräg stellen
Fähigkeit zur Dokumenta- tion	dokumentieren	dokumentieren	Eintrag in Pflegedokumentati- on dokumentieren
Fähigkeit Bewohner zu validieren	validieren	validieren	im Gespräch validieren in Bewohnerin hineinversetzen erklären
Fähigkeit zum Essenrei- chen	Essenreichen	Essenreichen	Zahnprothese einsetzen Getränk reichen Mund anfeuchten
Fähigkeit Körperpflege durchzuführen	Durchführen der Körperpflege	Körperpflege durchführen	Haare gewaschen Baden des Bewohner duschen in der Wanne Bewohner wird gewaschen (2) abtrocknen (2) abtrocknen und fönen fönen
Fähigkeit an- und auszukleiden	Bewohner an- und auskleiden	Bewohner an- und auskleiden	Kleidung anziehen (4)
Fähigkeit medizinisches und pflegerisches Wissen anzuwenden	medizinisches und pflegerisches Wissen anwenden	medizinisches und pflegerisches Wissen anwenden	Verband wechseln Katheter wird neu gelegt Wiegen des Bewohners desinfizieren eincremen (2) Tabletten im Brot verstecken beobachten Hautveränderun- gen (D) Spritzen von Bewohnern
Die folgenden ermittelten Beobachtungsergebnisse stellen Zustände der Personen dar. Sie werden aus diesem Grund nicht in die Analyse der Fähigkeiten aus Verhaltensweisen einbezogen und nur aus Gründen der Vollständigkeit hier aufgeführt.			
Zustände der Mitarbeiter		Mitarbeiter wirken erleichtert	erleichterte Mitarbeiter dem Mitarbeiter ist die Situation unangenehm
		Mitarbeitern ist Situation unangenehm	gewissenhaft
		Freundlichkeit	Freundlichkeit gegenüber Mitarbeitern freundlich gegenüber Bewohnern freundliche Begrüßung begrüßen
Zustände und Verhaltensweisen der Bewohner		Verhalten und erreichte körperliche Auswirkung der Bewohner	Schmerzen beim Bewohner (3) Bewohner schreit Bewohner ist erschöpft peinlich für den Bewohner Bewohner liegt im nassen Tuch Bewohner ist gewaschen und geht frühstücken Bewohner muss im Bett essen

		Vorwurf des Bewohners Bewohner muss ins Bett gehen Bewohner kennt die Haarwä- sche Bewohner isst Bewohner hängt am Lifter
--	--	--

Tabelle A-4: Beobachtete Verhaltensweisen und abgeleitete Fähigkeiten  $T_1$

## Anlage 7: Verhaltensweisen und abgeleitete Fähigkeiten T<sub>2</sub>

hergeleitete (Handlungs-) Fähigkeit	abgeleitetes Handeln	Verhaltenskategorie (Hauptkategorie der Verhaltensweisen)	gruppierte Verhaltensweisen
Fähigkeit zur Wahrnehmung	wahrnehmen	bemerken	bemerkt Gesprächsbereitschaft bemerken an Sprache bemerken (2) <sup>99</sup> Bewohner und Mitarbeiter bemerken Verhalten
		beobachten	beobachten
		hören	reagieren auf Rufe reagieren auf klingeln Geräusche anhören
Kommunikationsfä- higkeit	kommunizieren	kommunizieren	spricht mit Bewohner (2) sagen „Guten Morgen!“ Gespräche mit Bewohnern Gespräch (2) kurzes Gespräch hin und her geredet reden (6) über früher erzählt mit Bewohner gesprochen antworten
		fragen	gefragt fragen (2)
		erklären	erklären (3) aufklären über Pflegesituation Aufwand des Personals erklären erklärt Situation
Fähigkeit zum Zuhören	zuhören	zuhören	hören zu zuhören
Fähigkeit abzulen- ken	ablenken	(Bewohner) ablenken	ablenken durch Gespräche Ausreden finden damit umgehen können
Fähigkeit zu beruhigen	beruhigen	(Bewohner) beruhigen	beruhigend einreden noch mal vorbeischaun zusichern beruhigen und erklären bestätigen Bewohner ist beruhigt (2) Bewohner ist ruhiger und freundlicher Bewohner beruhigen sich wieder
Fähigkeit zu motivieren	motivieren	(Bewohner) motivieren	motivieren, Medikamente zu nehmen Mut machen durch Gespräche Motivation durch Leitung

<sup>99</sup> Die Ziffer in der Klammer gibt an, wie häufig diese Verhaltensweise in den verschiedenen Critical Incidents bei Mehrfachnennung ermittelt wurde (es handelt sich nicht um die Anzahl codierter Textstellen).

			motivieren mit Badewanne locken Vorzüge erklären mögliche Folgen erzählen missgelaunte Bewohner freuen sich Bewohner ist stolz
Fähigkeit zu überzeugen	überzeugen	(Bewohner) überzeugen	gesteht ein, dass sie nervig ist reagiert einsichtig (3) Bewohner entschuldigt sich um Geduld bitten auf Klingeln anderer Bewohner hinweisen immer wieder erklären (2)
	nicht überzeugen	Mitarbeiter überzeugen nicht	Bewohner entfernt Kompressionsverbände Bewohnerin klingelt erneut
Eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit	eingeschränkt kommunizieren	nur während der Pflegemaßnahmen kommunizieren	stellt sich auf Gespräch ein unterhalten stellt Fragen redet während der Pflege sprechen während der Pflege viel reden unterhalten sich
Fähigkeit sich in andere einzufühlen und hineinzuversetzen	sich einfühlen und hineinversetzen	einfühlen	trösten ausweinen lassen erzählen lassen ein Gefühl haben geht auf sie ein eingehen auf Gewohnheiten Zugang finden ruhiges Eingehen
		sich (in Bewohner) hineinversetzen	versetzt sich in Situation hintenrum gefragt Zugang finden von sich erzählen
	sich nicht einfühlen und hineinversetzen	nicht einfühlen	rau und unsanft pflegen grobe Kommunikation
Fähigkeit fürsorglich zu handeln	fürsorglich handeln	fürsorglich handeln	zwei Mitarbeiter kommen zur Bewohnerin Bewohnerin ins Bett gelegt
		sich kümmern	Mitarbeiter ist lange bei ihr kümmern (4) bemühen um die Probleme kümmern Bewohner ausweinen lassen erklärt, sich zu kümmern
Fähigkeit Zuwendung auszudrücken	Zuwendung entgegenbringen	drücken	Mitarbeiter drücken Bewohner
Fähigkeit Interesse zu bekunden	Interesse bekunden	Bewohner kennen	wissen, wann Bewohner wach ist kennt Verhalten des Bewohner kennt Gewohnheiten Vorlieben kennen Essgewohnheiten kennen

Fähigkeit zu integrieren	integrieren	integrieren	langsam integrieren Bewohner in Service integrieren Bewohner ein Arbeiten ermöglichen
Team- und Kooperationsfähigkeit	zusammenarbeiten	zusammenarbeiten	Leitung schützt Mitarbeiter Leitung akzeptiert Klingel ausdrücken Leitung unterstützt Mitarbeiter Auswertung unter Fachkräften Wertschätzung der Jugend von Wohnbereichsleiterin harmonisches Arbeiten Absprachen treffen Teambesprechungen durchführen Mitarbeiter reden miteinander Gespräche zwischen Leitung und Mitarbeitern Gespräche mit Ärzten, Angehörigen Rücksprache mit der Ärztin Zusammenarbeit mit der Küchenleiterin
Fähigkeit zur Kooperation mit Angehörigen	nicht mit Angehörigen zusammenarbeiten	nicht mit Angehörigen zusammenarbeiten	keine Zusammenarbeit mit Angehörigen mit Angehörigen nicht abgestimmt Bewohner lehnt Nahrungsergänzung ab Bewohner lehnt Tabletten ab
Beziehungsfähigkeit	Beziehungen gestalten	sich mit Bewohnern beschäftigen	mit ihr beschäftigt Kaffeetrinken veranstaltet Stuhlkreis gemacht über früher erzählt gesungen Bewohner in die Runde gesetzt Singkreis veranstaltet Beschäftigungsangebot gemacht
	Beziehungen nicht gestalten	sich nicht mit Bewohnern beschäftigen	1-Euro-Jobber einsetzen Betreuung ist Mehraufwand Funktionstrennung Betreuung, Pflege Bewohner fordert zu viel überfordert fühlen
Fähigkeit nachsichtig zu handeln	nachsichtig handeln	nicht nachtragen	nicht nachtragen drüber wegsehen Bewohner machen lassen nicht streiten
Fähigkeit zur Selbstbeherrschung	sich beherrschen	erdulden	wegstecken hinnehmen Beleidigungen anhören
		sich ruhig verhalten	ruhig bleiben (2) still bleiben



		sich beherrschen	nicht handgreiflich werden bis drei zählen zu sich selbst sprechen ausgeglichen beherrscht
	sich nicht beherrschen	sich nicht beherrschen	redet scharfzüngig Mitarbeiter schreit Mitarbeiter rechtfertigt sich Stress am Bewohner auslassen Bewohner wehrt sich verbal Bewohner ist gekränkt
Distanzierungsfähigkeit	sich distanzieren	sich zurückziehen und schützen	herum drehen paar Schritte laufen vor Anspucken schützen zur Seite gehen sich vor der Arbeit drücken
		resignieren	resigniert (2) aufgeben
		ignorieren	redet nicht mit ihr ignoriert sie ignoriert Fragen geht nicht auf Anspielungen ein
		sich wehren	zurechtweisen kontern, Meinung sagen kündigt Ignorieren an wehrt sich verbal energisch werden dem Bewohner das Verhalten vorwerfen
Durchsetzungsfähigkeit	sich durchsetzen	sich durchsetzen	Meinung durchsetzen macht Arbeit nach Vorschrift diskutiert sagt nein lässt Bewohner warten nach fünf Minuten Klingel ausschalten nach fünf Minuten erst hingehen Bewohnerin klingeln lassen Tätigkeit zu Ende bringen nicht gleich aufgeben halbstündlich nachgefragt noch einmal angefragt nach einer halben Stunde wieder rein
Vermittlungsfähigkeit	vermitteln	vermitteln und schlichten	kontern Bewohner trennen eingreifen nachfragen auf das Essen hinweisen später ausdiskutieren

Reflexionsfähigkeit	reflektieren	(Bewohnerverhalten) hinterfragen	Krankheitsbild hinterfragen Verhalten hinterfragt sucht Erklärung für Verhalten des Bewohner erklärt Verhalten des Bewohner hinterfragt und erklärt Verhalten Bewohner verstehen lernen, begreifen reflektiert Bewohnerverhalten Reflexion des Mitarbeiterverhaltens
		Arbeitssituation überdenken	Einverständnis erfragen ist aufwändig zeitaufwändig Mitarbeiter sind geschafft und müde Mitarbeiter bekommt Schwierigkeiten dem Arzt keine Veränderung, weitere Gespräche andere Bewohner „gehen unter“ Bewohner erwartet 1:1 Betreuung
	nicht reflektieren	(Bewohnerverhalten) nicht hinterfragen	reflektieren nicht die Krankheit Problem abgetan, nicht reflektiert unverständlich für Mitarbeiter, nicht hinterfragen Verhalten nicht genauer hinterfragt klingeln nur im Notfall gestattet
Fähigkeit (Bewohner-/ Verhalten) einzuschätzen	einschätzen	einschätzen	einschätzen (3) wissen, kein Notfall von Bewegungen ablesen
Planungs- und Organisationsfähigkeit	planen und organisieren	vorausschauend planen	Probepackungen besorgt im Vorfeld Muster besorgt Streit und Eifersucht vorbeugen Schalter abstellen Fernbedienung wegnehmen
		organisieren	Betreuung abgegeben Beschäftigungsangebot organisiert Bewohner muss warten helfen bei freien Kapazitäten Bewohner vom Nachtdienst geduscht Dienstplan ausrichten kein Stress bei Mitarbeitern Bewohner zum Frühstück schaffen routiniertes Arbeiten ungeplantes Beschäftigungsangebot durchführen selbständig organisieren ohne Anleitung arbeiten
Flexibilität und Anpassungsfähigkeit	sich flexibel anpassen	flexibel handeln	Essen stehen lassen später probieren wieder raus gegangen

			flexibel reagieren Essen ins Zimmer schaffen spontaner Stuhlkreis gemacht Zeit nehmen
Fähigkeit zur Hilfeleistung	Hilfe leisten	unterstützen und helfen	ins Bett heben aus dem Bett helfen bettfertig machen unterstützen und helfen helfen, Beine hochzulegen Frühstück gebracht ins Zimmer schaffen aus Bett holen bringen das Essen geben Badezusatz ins Wasser legen Handtücher und die Waschlappen bereit stellen Waschschiüssel auf Nachtschrank Mitarbeiter bringen Waschzeug Shampoo reichen
Fähigkeit in Interaktion zu treten	in Interaktion treten	Kontakt herstellen	ins Zimmer gehen Frühstück bringen bisschen reden Mitarbeiter gehen hin die kommen früh Mitarbeiter geht ins Zimmer (2)
Fähigkeit verant- wortlich zu handeln	verantwortlich handeln	kontrollieren, nachschaun	Mitarbeiter sehen nach Bewohner Mitarbeiter kommen beim Klingeln in Dokumentation nachlesen ein Auge drauf haben Verhalten des Bewohners verantworten
Fähigkeit Probleme gemeinsam zu lösen	Probleme gemeinsam lösen	Probleme besprechen	bekommt kalorienreiches Essen Ernährung umgestellt im Team überlegen im Team besprechen Bewohner hat zugenommen Bewohner spricht Mitarbeiter gibt ihr eine Tablette Streit wird vergessen
Fähigkeit Vertrauen herzustellen	Vertrauen herstellen	Vertrauen gewinnen	neue Kollegin zum Duschen vorstellen langsam Vertrauen gewinnen von sich erzählt private Dinge erzählen
Fähigkeit die Pflege gründlich durchzu- führen	gewissenhaft arbeiten	gründlich pflegen	vorbildlich machen gründlich sauber machen
Fähigkeit mit Kritik umzugehen	mit Kritik umgehen	Kritik beurteilen	an Kollegin verweisen beide Seiten hören nicht drauf eingehen nachlesen in Dokumentation
Fähigkeit (Fach)Wissen anzuwenden			
Fähigkeit Bewohner	mobilisieren	mobilisieren	mobilisiert

zu mobilisieren			Bewohner aus dem Bett nehmen Bewohner geht selbst zur Toilette Bewohner geht mit Gehbänkchen Bewohner ist mobilisiert zum Gottesdienst gegangen
Fähigkeit Bewohner zur Mobilisation anzuleiten	Mobilisation anleiten	Mobilisation anleiten	anleiten ansagen Handlungen ansagen
Fähigkeit Individualität zu beachten	Individualität beachten	Individualität beachten	ausprobieren lassen Auswahlen anbieten Essgewohnheiten berücksichtigen länger liegen gelassen mit Namen ansprechen Bewohner sucht Kleidung selbst aus Bewohner nicht bestimmen Einverständnis zum Duschen erfragen nicht zwingen Bewohner isst im Zimmer
Fähigkeit aktivierende Pflege und Selbstpflege zu ermöglichen	aktivierende Pflege und Selbstpflege anwenden	aktivierende Pflege und Selbstpflege ermöglichen	Bewohner werden zum Sprechen aktiviert Aktivierung und Pflege der Bewohner aktivierende Pflege, Bewohner wird selbständiger Selbständigkeit ermöglichen zur Selbstpflege aktivieren hinweisen sich bei Schmerzen zu melden akzeptieren
		Gedächtnis aktivieren	Bewohner zum Nachdenken anregen Gedächtnis aktiviert über früher erzählt mit Bewohner gesprochen Lieder angestimmt
Fähigkeit Bewohner zu validieren	validieren	validieren	als ihr Besuch ausgeben gibt sich als andere Person aus hinführen zum Zimmer aufmerksam machen zum schauen und lesen helfen und unterstützen richtigen Weg zeigen Bewohner geht ins Zimmer Bewohner erkennt seine Sachen Mitarbeiter spricht beruhigend mit Bewohner Mitarbeiter erkennt Situation runter bringen, beruhigen
	nicht validieren	nicht validieren	Mitarbeiter regt sich auf Mitarbeiter handelt nicht validierend
Fähigkeit Intimsphäre zu beachten	Intimsphäre beachten	Intimsphäre beachten	Intimbereich wahren

	Intimsphäre missachten	Intimsphäre missachten	bleiben neben Bewohner stehen passen auf gleich wegnehmen Mitarbeiter beobachten Bewohner Mitarbeiter warten unangenehm für Bewohner Überbelastung für Mitarbeiter
Fähigkeit medizinisches und pflegerisches Wissen anzuwenden	medizinisches und pflegerisches Wissen anwenden	medizinisches und pflegerisches Wissen anwenden	pflegerische Versorgung untersuchen Bewohner auf Verletzungen bewegen der Beine bewegen der Arme Arzt gerufen Bewohner Arzt vorgestellt Bewohner muss ins Krankenhaus in Behandlung hat sich nicht verletzt Flecken erkennen im Hinterkopf haben Biographie, Vergangenheit erforschen Vergangenheit einbeziehen Bewohner soll bezahlen
Fähigkeit an- und auszukleiden	Bewohner an- und auskleiden	Bewohner an- und auskleiden	anziehen abends wieder ausziehen Kleidung hingelegt
Fähigkeit zum Essenreichen	Essenreichen	Essenreichen	füttern helfen beim Essen
Fähigkeit Körperpflege durchzuführen	Durchführen der Körperpflege	Körperpflege durchführen	Haare waschen Füße waschen anfangen mit Waschen
Fähigkeit zur Dokumentation	Dokumentieren	dokumentieren	Ablehnung dokumentieren Dokumentation dokumentieren
Die folgenden ermittelten Aussagen der Mitarbeiter stellen Zustände der Personen dar. Sie werden aus diesem Grund nicht in die Analyse der Fähigkeiten aus Verhaltensweisen einbezogen.			
Zustände von Mitarbeitern	Mitarbeiter fühlen sich anerkannt und bestätigt		Mitarbeiter freuen sich (3) Erfolg für Bewohner und Mitarbeiter Bewohner ist dankbar (3)
			Erfolgserlebnis für Schüler Bewohner fragen nach Schülern Bewohner geben positive Rückmeldung
	Mitarbeiter sind unzufrieden, belastet, verärgert		als unangenehm empfinden Mitarbeiter ist genervt fühlt sich schikaniert Mitarbeiter ärgern sich (2)
	Freundlichkeit/ Unfreundlichkeit		begrüßen (2) freundlich (3) herzlich nicht unfreundlich lieb und nett unfreundlicher Ton hartherziger Eindruck

	Mitarbeiter sind erstaunt	sich wundern haben wir gestaunt
	Mitarbeiter sind hochnäsig	eingebildet hochnäsig
	Mitarbeiter sind unerfahren	ungelernte Schulabgänger unerfahrene Anfänger
Die folgenden ermittelten Aussagen der Mitarbeiter stellen Zustände bzw. Verhaltensweisen der Bewohner dar. Sie werden nicht in die Analyse der Fähigkeiten aus Verhaltensweisen einbezogen und nur aus Gründen der Vollständigkeit hier aufgeführt.		
Zustände und Verhaltensweisen der Bewohner	Bewohner sind zufrieden	Bewohner freuen sich (5) Bewohner freut sich Mitarbeiter zu sehen Bewohner sind erleichtert Bewohner sind auch freundlich

Tabelle A-5: Verhaltensweisen und abgeleitete Fähigkeiten  $T_2$

## Anlage 8: Aufzeichnungen im Forschungstagebuch

Datum	Notizen Forschungstagebuch
10.06.05	<p><u>Gespräch mit der PDL:</u></p> <p>Die PDL befürchtet einen großen Aufwand und Datenumfang, der durch die Einführung eines Qualitätsmanagement entsteht. Ich denke, sie will das Qualitätsmanagement selbst kontrollieren und die Verantwortung an die QMB nicht abgeben, obwohl sie geschult wurde. Die PDL erscheint in den Qualitätszirkelsitzungen eher dominant, jedoch im Gegenteil dazu mit der Einführung und der Arbeit im Qualitätszirkel überfordert zu sein.</p>
22.07.05	<p><u>Reflexion zum Interview mit der QMB:</u></p> <p>Sie schüttet mir knapp 1,5 Stunden ihr Herz aus. Themen: fehlende Akzeptanz und Integration des Qualitätsmanagements in der Einrichtung. Ihrer Meinung nach könnten viele Dinge verbessert werden, aber man lässt sie nichts tun. Von Seiten der Leitung werden ihre Vorschläge geblockt. Sie wirkt sehr frustriert. Sie hat mir ihre Unterlagen von der Weiterbildung zur QMB mitgegeben. Ich verschaffe mir einen Überblick über die Unterlagen und stelle fest, dass viel explizites Wissen enthalten ist und sie in der Schulung Informationen zum Qualitätsmanagement auf Basis der DIN EN ISO vermitteln.</p>
25.07.05	Es werden Terminvereinbarungen für die Interviews mit der HL besprochen. Dabei fällt auf, dass die Stifte bei den Formblättern für die Beschwerdeformulare nicht ausliegen.
26.07.05	<p><u>Gespräch mit der HL:</u></p> <p>Ich spreche die HL auf die fehlenden Stifte zu den Beschwerdeformularen an. Sie entgegnet scherzend, dass sie nicht möchten, dass Beschwerden notiert werden können und revidiert ihre Antwort sofort durch die Aussage, dass sie der PDL mitteilt, Stifte auszulegen. Wir sprechen über den Qualitätszirkel und das Thema Apotheke und die Probleme mit der jetzigen Apotheke.</p>
26.07.05	<p><u>Gespräch mit der QMB:</u></p> <p>Wir sprechen über das Qualitätshandbuch, die QMB meinte, sie kennt das Qualitätshandbuch nicht und hat noch nie Einblick bekommen!</p>
03.08.05	<p><u>Gespräch mit der PDL:</u></p> <p>Die PDL hatte bereits eine Hausbegehung für das Qualitätsmanagement von einem befreundeten PDL durchführen lassen und dabei Schwachstellen aufgedeckt. Sie weiß nicht, wo sie ansetzen soll. Sie hat große Bedenken, weil sie der QMB vielleicht kündigen werden.</p> <p>In einem halben Jahr wird die Pflegedokumentation C&amp;S eingeführt und sie brauchen für die Einarbeitung viel Zeit auch für das Personal, das eingeplant werden muss und dann ist ja noch das Qualitätsmanagement nebenbei, das zu bewältigen ist. Die PDL weiß, dass das Qualitätsmanagement notwendig ist, gibt aber auch an, dass zwischen Theorie und Praxis Probleme bestehen, z. B. werden neue Protokolle benötigt, die von den Mitarbeitern ausgefüllt werden müssen und vom MDK kontrolliert werden. Das verursacht einen immensen Dokumentations- und Zeitaufwand.</p>
05.08.05	<p><u>Gespräch mit der PDL:</u></p> <p>Mitarbeiter-Motivation: Am meisten motiviert die Angst um den Job durch befristete Verträge, aber auch Transparenz und Gespräche mit den Mitarbeitern. Die Teams und die Teamarbeit sowie das Verständnis in den Teams und untereinander und die Aufgabenverteilung an die WBL motivieren auch. Die Kompetenz der WBLs besteht darin, dass sie an Personalentscheidungen beteiligt werden und Aufgaben an sie delegiert werden. Die PDL teilt ihnen eine gewisse Entscheidungskompetenz bezüglich der Dienstplanerstellung, Stundenverteilung/-verschiebung und Einteilung der Mitarbeiter zu, aber eine Person im Frühdienst mehr zu planen, geht nicht, das lässt der Personalschlüssel nicht zu. Dies steht im Widerspruch zum Interview mit einer WBL, die sagt, sie hat die Kapazitäten für eine weitere Person im Frühdienst. Es wurden bereits Dienstzeiten so verschoben, dass nur noch eine Fachkraft zur Übergabe für alle Bewohner da ist und hier gehen bewusst Informationen verloren.</p> <p>Der Beschwerdebogen hängt gut sichtbar im Eingangsbereich und Stifte liegen auch aus. Der</p>

	<p>Briefkasten zum Einwerfen ist darunter befestigt.</p> <p>Heute führte ich auf dem Wohnbereich die ersten Bewohner-Interviews durch. Nachdem ich die Interviews beendet hatte, bemerke ich, dass im Wohnbereich die Tür zur Behindertentoilette geöffnet ist und eine Bewohnerin gerade die Toilette benutzt.</p>
11.08.05	<p><u>Gespräch mit der PDL zum Apothekenwechsel:</u></p> <p>Es gibt ein Verfahren, bei dem die Medikamentensetzung an die Apotheken ausgelagert wird. Das verursacht für die Heime keine weiteren Kosten. Die Apotheken setzen für jeden Bewohner vor Ort im Heim die Medikamente für ca. 28 Tage und schweißen diese ein. Dafür benötigen sie Gerätschaften, die ca. 3000€ kosten sollen. Vorteile für das Haus sind Fehlervermeidung durch Medikamentenfehlsetzung im Nachtdienst, Abrechnungen erfolgen direkt zwischen Bewohner und Apotheke, nicht mehr über das Heim. Nachteile bestehen darin, dass für die Apotheke Kosten für die Anschaffung der Geräte entstehen. Weiterhin muss das Heim, aber auch die Apotheke flexibel reagieren, wenn kurzfristige Medikamentenänderungen erfolgen, die an die Apotheken weitergeleitet werden müssen. Möglicherweise könnten die Krankenkassen argumentieren, dass Personal gekürzt wird, weil Arbeitsleistung wegfällt. Es fehlt eine Endkontrolle des Verabreichenden Altenpflegers, ob das richtige Medikament ausgeteilt wird. Die PDL will jetzt mit Apotheken und weiteren Heimen des Umkreises in Kontakt treten, ob dieses Projekt umgesetzt werden kann, wenn sich mehrere Häuser dafür entscheiden, hat die Apotheke finanzielle Vorteile durch eine Kundenbindung. Wenn das Vorhaben scheitert, soll sich von der derzeitigen Apotheke getrennt werden, die zu lange Lieferzeiten aufweist.</p>
18.08.05	<p><u>Gespräch mit der PDL zum Apothekenwechsel:</u></p> <p>Die PDL erzählt mir, dass mit der Apotheke in X wegen des Projektes Apothekenwechsel gesprochen wurde, diese zustimmte und sich bereit erklärt, das „Verblistern“ durchzuführen. Nach Rücksprache mit der HL kann das Projekt beginnen. Im Zusammenhang damit müssen einige Abläufe der Bestellungen und Verschreibung von Medikamenten neu organisiert werden.</p>
20.08.05	<p><u>Gespräch mit PDL zum Apothekenwechsel:</u></p> <p>Das Projekt Apothekenwechsel beginnt: es wurden Gespräche geführt und Entscheidungen getroffen, die Apotheke wird die Medikamente einmal wöchentlich vor Ort verschweißen. An der Entscheidung waren PDL und WBLs beteiligt, die HL stimmte zu und der bisherigen Apotheke wird der Vertrag gekündigt. Die PDL hat Fragen zur Information und Einbeziehung des Qualitätszirkels in dieses Projekt, da die Entscheidungen außerhalb der Mitglieder und dieses Kreises getroffen werden und noch nicht offiziell allen Mitarbeitern bekannt gegeben werden sollen. Da ich der PDL nicht vorschreiben möchte, dass sie den Qualitätszirkel einbeziehen sollte, erläutere ich ihr allgemein die Aufgaben Funktionen und Ziele des Qualitätszirkels in Bezug auf dieses Projekt. Die PDL nutzt das Gespräch als Anregung für die Entscheidung, den Qualitätszirkel über den Stand des Projektes zu informieren, auch wenn die Mitglieder nicht in Entscheidungen einbezogen werden.</p>
12.10.05	<p><u>Gespräch mit der PDL zum Apothekenwechsel:</u></p> <p>Das Projekt Apothekenwechsel wurde noch nicht umgesetzt, es fehlen noch Absprachen zwischen der HL und der Apotheke sowie vertragliche Regelungen. In diesem Gespräch teilt die PDL mit, dass der Vertrag der QMB Ende Oktober ausläuft und nicht verlängert wird. Die Aufgaben der QMB werden zunächst durch die PDL übernommen. Diese arbeitet sich in das Thema ein, indem sie die Schulungsunterlagen der QMB durcharbeitet. Für die PDL besteht ein Problem darin, dass ihr der Überblick fehlt, dazu fertigt sie eine Projektmatrix an. Die PDL gibt an, eigentlich keine Zeit für die zusätzlichen Aufgaben der QMB zu haben und dass ihr die Qualifikation fehlt. Aber sie übernimmt die Aufgaben zunächst bis Ende des Jahres 2005. Ein neuer Mitarbeiter, der für die freie Stelle eingestellt wird, soll dann als QMB bestimmt werden. In der Einrichtung gibt es derzeit keinen geeigneten Mitarbeiter, der die QMB-Funktionen übernehmen kann, da die Mitarbeiter bereits zusätzliche Aufgaben neben ihrer Tätigkeit als Altenpfleger durchführen.</p>
16.01.06	<p><u>Gespräch mit der PDL und der HL zum Beobachtungsprotokoll:</u></p> <p>Die HL und PDL bekamen von mir ein anonymisiertes Beobachtungsprotokoll, dass ich mit ihnen bespreche und so einige Punkte verbal genauer erklären kann. Beide sehen in den Beobachtungen Defizite des Hauses und stimmen meinen Reflexionen und Beobachtungen zu, obwohl sie einräumen, anfangs etwas schockiert oder verstimmt gewesen zu sein. Die PDL teilt</p>



	mir mit, dass sie die wichtigen Punkte in den Teamsitzungen mit den Mitarbeitern bespricht und aus meinem Protokoll die wichtigen Punkte herausschreibt und diese auf einem Zettel an den Dienstimmern sichtbar für alle anpinnt. Die PDL will damit eine Reflexion bei den Mitarbeitern über die Punkte Sensibilität, Kommunikation, Zeitnutzung erreichen.
26.04.06	<u>Gespräch mit der PDL zum Beobachtungsprotokoll:</u> Die PDL teilt mir mit, dass sie das Beobachtungsprotokoll mit den Mitarbeitern in den Teamsitzungen besprochen hat. Die Mitarbeiter fühlten sich teilweise angegriffen und reagierten mit Unverständnis, weil sie nicht alle mit den angesprochenen Punkten betroffen waren. Die PDL sieht die Information der Mitarbeiter allgemein als Reflexionsaufgabe, um sie zu sensibilisieren und zum Nachdenken anzuregen, ihre Arbeit und den Umgang mit den Bewohnern zu hinterfragen.
05.05.06	<u>Reflexion zu den geführten Interviews vom 1.5. bis 5.5.06:</u> Ich habe den Eindruck, dass die Gespräche nicht optimal starteten, obwohl ich mit allen Mitarbeitern bereits schon ein Interview geführt hatte und ihnen die Situation vertraut sein müsste. Die Mitarbeiter wirkten in den Interviews teilweise sehr zurückhaltend, gestresst, teilweise überfordert in der Beantwortung meiner Fragen, aber auch unkonzentriert und frustriert. Ich denke, dass könnte am Aufbau des Interviewleitfadens liegen, da ich auf einleitende Fragen zur Person verzichte habe.
08.05.06	<u>Gespräch mit einer Mitarbeiterin, die das Interview ablehnte:</u> Die Mitarbeiterin „schüttet“ mir ihr Herz aus und schildert dabei, dass sich seit den ersten Interviews nichts geändert hat, außer, dass der Druck von der Leitung immer stärker wird. Es herrscht keine Meinungsfreiheit, da auch in den Teamsitzungen die PDL anwesen ist und keine Zeit für die Besprechung bewohnerbezogener Probleme bleibt, da die PDL vorwiegend hausbezogene Informationen mitteilt. Die Dienstplanung erfolgt nur einen Monat im Voraus, die Mitarbeiter können keine Wünsche äußern und fühlen sich nur noch für die Arbeit verpflichtet. Sie haben neben ihrer Arbeit noch zusätzliche Aufgaben, wie z. B. IKM-Bestellung oder Anfertigen der Bewohnerzeitung zu erledigen. Die Mitarbeiter trauen sich nicht, Probleme mit der WBL zu besprechen, da diese an die Leitung weiter getragen werden könnten. Sie müssen zu allen Teamsitzungen erscheinen, außer wenn sie Urlaub oder Nachdienst haben, bei Nichterscheinen wird mit Verweisen und Abmahnungen gedroht. Der Apothekenwechsel lief gut an, die Mitarbeiter haben nun nachts mehr Zeit, um sich um die Bewohner zu kümmern und um bei Bewohnern länger zu bleiben und sie ins Bett zu begleiten. Die Mitarbeiterin teilt mir auch mit, dass einige Kollegen noch befristete Arbeitsverträge haben. Die Mitarbeiterin gibt an, dass der Teamzusammenhalt gut ist. Allgemein hat es den Anschein, dass die Frustration hoch ist.
19.6.06	<u>Reflexion zu den Interviews und zur Teilnahme an den Qualitätszirkelsitzungen:</u> Mir wird klar, dass die Mitarbeiter neben ihrer Arbeit und dem Stellenumfang des Altenpflegers und neben ihren zusätzlichen Aufgaben z. B. Mitarbeit im Qualitätszirkel nun noch mit den Aufgaben zum Umgang mit einem Computer und einem PC-Programm, mit der Ablösung der schriftlichen Dokumentation und zeitweise mit einer doppelten Dokumentation konfrontiert werden. Dass die Mitarbeiter gestresst und überfordert wirken, hängt sicherlich damit zusammen und erklärt auch noch mal die Ablehnung des Interviews (siehe 8.5.06) und meine Wahrnehmungen der Mitarbeiter in den Interviews (siehe 5.5.06).
21.8.06	<u>Reflexion zu den Terminen des Qualitätszirkels:</u> Ich wurde nun schon zu zwei Terminen des Qualitätszirkels (17.7., 28.8.) von der PDL eingeladen, aber jedes Mal wurde der Termin von ihr festgelegt, ohne eine Absprache, ob ich an den Terminen teilnehmen kann. Ich hab das Gefühl, dass sich die PDL keine Mühe macht, einen neuen Termin mit mir gemeinsam zu finden, an dem auch ich teilnehmen kann.

Tabelle A-6: Protokollierte Aufzeichnungen im Forschungstagebuch

## Anlage 9: Protokolle zu den Qualitätszirkelsitzungen

Datum	Inhalte der Sitzungen des Qualitätszirkels (Juni 2005 bis Juni 2006)
10.06.05	<ul style="list-style-type: none"> <li>- das Qualitätshandbuch und die Listen sollen überarbeitet werden, das wurde von der PDL erledigt</li> <li>- die QMB bearbeitet EFQM-Fragenkatalog</li> <li>- der EFQM-Fragebogen wurde in den Bereichen des Hauses verteilt an die Leitungen (Heimleitung = HL, Pflegedienstleitung = PDL, Wohnbereichsleitung = WBL, Hausmeister, Küche, Verwaltung) und ausgefüllt</li> <li>- im Qualitätszirkel wurden die Punkte zum Ist-Stand errechnet</li> <li>- es soll eine Prioritätenliste erarbeitet werden, Priorität hat die MDK-Überprüfung</li> <li>- Hilfe und Zuarbeit zu bestimmten Projekten wird von Mitarbeitern eingeholt</li> <li>- Qualitätszirkelmitarbeiter sind PDL, QMB, 4 Pflegefachkräfte</li> <li>- die PDL erinnert, die Belastungsgrenzen einzuhalten, da auch viel Arbeit in der Freizeit absolviert werden soll</li> <li>- der Kriterienkatalog wurde mehrfach kopiert für weitere Befragungen</li> <li>- die PDL legt fest, dass die Moderation des Qualitätszirkels die QMB übernimmt, die Einführung übernimmt heute die PDL, es sollen keine Hierarchien aufgebaut werden und jeder soll sich einbringen können</li> <li>- die Liste der Prioritäten wird nach größter Punktedifferenz zwischen Soll und Ist festgelegt bzw. nach Themengewichtung</li> <li>- das Ergebnis der Bewertung des Ist-Stands liegt zwischen 40-60%</li> <li>- die Mitarbeiter- u. Kundenorientierung mit der geringsten Punktezahl wird nicht als erstes priorisiert</li> <li>- die QMB bringt ein, dass Versorgungszahlen fehlen, wie wird kontrolliert und wie werden Kosten kalkuliert, das betrifft Hauswirtschaft und HL, es sollte Statistiken für Vergleiche geben</li> <li>- Diskussion über Priorisierung und Themen, es wird entschieden, mit der Pflege zu beginnen</li> <li>- Diskussion zu Thema 4 der EFQM-Selbstbewertung: Kooperation mit Partnern: Fragen werden durchgesprochen, Thema wird als zu umfangreich zurückgestellt</li> <li>- Beschwerdemanagement (2c) erhält erste Priorität: Stifte und Formblätter sollen neben dem Briefkasten ausgelegt werden</li> <li>- 2c (7) Marktbeobachtung von Apotheken soll erfolgen: Die derzeitige Apotheke hat lange Lieferzeiten und soll durch neue ersetzt werden, HL soll eingeladen werden, da diese die Verträge aushandelt</li> </ul> <p><u>Bemerkungen:</u> Es fehlt eine klare Struktur im Qualitätszirkel. Es wurden keine direkten Prioritäten genannt und aufgeschrieben. Für mich war auch nicht sofort erkennbar, dass das Beschwerdemanagement das erste Projekt sein soll. Es scheint, dass es keine strukturierten Aufträge gibt, und die Aufgabenverteilung den Mitarbeitern nicht klar ist. Der Kriterienkatalog wurde bereits mehrfach für weitere Befragungen kopiert, jedoch können neue Fragen nicht ergänzt werden. Diese sollen erst bei der Bearbeitung des jeweiligen Themas evtl. ergänzt und dann eingesetzt werden.</p>
06.07.05	Keine Teilnahme an diesem Qualitätszirkeltreffen.
11.08.05	<ul style="list-style-type: none"> <li>- es wurde festgelegt, dass immer das Protokoll der letzten Sitzung besprochen wird</li> <li>- zum Beschwerdemanagement: Ein Mitarbeiter der Verwaltung leert den Briefkasten, bisher ist noch keine Beschwerde eingegangen</li> <li>- die QMB hat einige Unterlagen vorbereitet: sie stellt einen Entwicklungsplan, Verfahrensanweisung und Projekt-Maßnahmepläne vor</li> <li>- der Entwicklungsplan soll für jedes neue Projekt und jede Qualitätszirkel-Sitzung entsprechend vervollständigt werden und gilt als Nachweis und Information, inwieweit das Projekt mit welchen Zuständigkeiten, Maßnahmen und Zielen ausgeführt wird</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>- die QMB entwickelt das Layout mit Logo für die zukünftig zu verwendeten Entwicklungspläne, Verfahrensweisungen und Projekt-Maßnahmepläne</li><li>- die PDL stellt eine Frage in die Runde: wie kann festgestellt werden, welche Themen bearbeitet wurden, abgeschlossen wurden und wann evaluiert werden soll. Entscheidung des Teams: dafür soll der Projekt-Maßnahmeplan verwendet werden, der die Projekte mit Zeiträumen und Daten bis zur Fertigstellung/Umsetzung übersichtlich darstellt</li><li>- Diskussion des Teams, ob die Pflegestandards Verfahrensweisungen darstellen</li><li>- die QMB schlägt vor, neben dem Ordner Pflegestandards auch noch einen Ordner VA in den Wohnbereich zu stellen, Einwände vom PDL das verwirrt die Mitarbeiter, daraufhin Einwand der QMB, dass der MDK auf den Begriff VA Wert legt und somit die Pflegestandards in VA umbenannt werden müssten</li><li>- Vorschlag: den Ordner Pflegestandards, der jetzt schon auf den Wohnbereich existiert, in Verfahrensweisungen umzubenennen und alle neu für das Haus zu erstellenden Pflegestandards in VA umzubenennen, nach dem neuen Layout zu gestalten und diese im Ordner hinten an zu sortieren</li><li>- der Vorschlag wurde so angenommen</li><li>- es wurde eine Entwicklungsplanung nachträglich für das Projekt Entwicklung eines Beschwerdemanagements angefertigt, diese wird je nach Projektfortschritt vervollständigt</li><li>- die PDL übergibt bis Ende August das Logo an QMB und diese erstellt bis Mitte September Muster-Vorlagen für das neue Layout</li><li>- die PDL bemängelt den ganzen bürokratischen Aufwand</li></ul> <p><u>Bemerkungen:</u> Die Mitarbeiter wirkten zufrieden, vor allem die QMB, die ihre Vorschläge anbringen und auch durchsetzen konnte. Ich denke, da nun auch ein neues Layout entworfen werden soll und die VA eingesetzt werden, gewinnt die Qualitätsentwicklung an Struktur.</p>																																				
20.09.05	<ul style="list-style-type: none"><li>- die QMB erarbeitete ein Muster bzw. Formularvorlagen mit Logo für die Verfahrensweisung (VA) und stellt es allen Mitgliedern im Qualitätszirkel vor</li><li>- die PDL übergibt die Formularvorschläge der Heimleitung, damit diese sich für ein Layout entscheidet und es signiert</li><li>- die Mitarbeiter besprechen die Kennzeichnung der VA und deren Nummerierungen und legen folgende Angaben fest:</li></ul> <table><tr><td>Bereich</td><td>Kürzel der VA</td><td>Nummer der VA</td></tr><tr><td>Heimleitung</td><td>HL</td><td>Nr. 1</td></tr><tr><td>Pflegedienstleitung</td><td>PDL</td><td>Nr. 2</td></tr><tr><td>Verwaltung</td><td>VW</td><td>Nr. 3</td></tr><tr><td>Pflege</td><td>PF</td><td>Nr. 4</td></tr><tr><td>Hygiene</td><td>H</td><td>Nr. 5</td></tr><tr><td>Küche</td><td>K</td><td>Nr. 6</td></tr><tr><td>Ergotherapie</td><td>Ergo</td><td>Nr. 7</td></tr><tr><td>Service</td><td>S</td><td>Nr. 8</td></tr><tr><td>Hausmeister</td><td>HM</td><td>Nr. 9</td></tr><tr><td>Wäscherei</td><td>W</td><td>Nr. 10</td></tr><tr><td>Reinigungspersonal (extern)</td><td>R</td><td>Nr. 11</td></tr></table> <p><u>Bemerkungen:</u> Im Qualitätszirkel werden auch Probleme mit den Namensschildern der Pflegekräfte besprochen. Jeder Mitarbeiter trägt ein Schild mit Namen und Funktion bzw. Berufsbezeichnung (z. B. Pflegehelfer, Altenpfleger). Die Berufsbezeichnung wird seit einiger Zeit nicht mehr auf dem Namensschild vermerkt, sondern nur noch der Funktionsbereich, wie Pflege oder Verwaltung, da sich die Bewohner die Pflegekräfte nach dem Ausbildungsstand „aussuchen“, um sich von ihnen zu pflegen und betreuen zu lassen.</p>	Bereich	Kürzel der VA	Nummer der VA	Heimleitung	HL	Nr. 1	Pflegedienstleitung	PDL	Nr. 2	Verwaltung	VW	Nr. 3	Pflege	PF	Nr. 4	Hygiene	H	Nr. 5	Küche	K	Nr. 6	Ergotherapie	Ergo	Nr. 7	Service	S	Nr. 8	Hausmeister	HM	Nr. 9	Wäscherei	W	Nr. 10	Reinigungspersonal (extern)	R	Nr. 11
Bereich	Kürzel der VA	Nummer der VA																																			
Heimleitung	HL	Nr. 1																																			
Pflegedienstleitung	PDL	Nr. 2																																			
Verwaltung	VW	Nr. 3																																			
Pflege	PF	Nr. 4																																			
Hygiene	H	Nr. 5																																			
Küche	K	Nr. 6																																			
Ergotherapie	Ergo	Nr. 7																																			
Service	S	Nr. 8																																			
Hausmeister	HM	Nr. 9																																			
Wäscherei	W	Nr. 10																																			
Reinigungspersonal (extern)	R	Nr. 11																																			
12.10.05	<ul style="list-style-type: none"><li>- die Kürzelliste für die Kennzeichnung der VA wurde von der PDL angefertigt und den Qualitätszirkel-Mitarbeitern vorgelegt</li><li>- ein Exemplar dieser Liste soll im QM-Handbuch abgeheftet werden</li></ul>																																				

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- die Kürzelliste wird mit der HL besprochen</li> <li>- das Muster für die VA wurde von der HL bestätigt und signiert</li> <li>- eine Projektmatrix wird erstellt für einen Überblick über alle Projekte</li> <li>- es wird ein neues Projekt angelegt: „Podologische Behandlungen“, das betrifft die Versorgung der Bewohner durch einen Podologen, der für die Einrichtung arbeiten soll</li> </ul>
11.11.05	<ul style="list-style-type: none"> <li>- im Qualitätszirkel wird die Situation der Weiterarbeit ohne die QMB besprochen</li> <li>- es werden Strukturen des Qualitätszirkels hinterfragt und der IST-Stand der Projekte besprochen, um Handlungsbedarf und Veränderungen zu erkennen</li> <li>- in einer Matrix werden die Projekte und Aufgaben eingetragen, die bereits bearbeitet wurden und noch bearbeitet werden</li> <li>- das Layout der VA wurde von der HL bestätigt und liegt auf einem Datenträger zur Verwendung vor</li> <li>- es wird ein neues Protokoll für die Entwicklungsplanung von Projekten angefertigt, das nicht so formal und umfangreich ist, wie es von der QMB vorgeschlagen wurde</li> <li>- ab 1. März 2006 soll der Apothekenwechsel stattfinden, mit einer wöchentlichen „Verblistung“ der Medikamente im Haus</li> <li>- es wurde ein Podologe für die Einrichtung gefunden, das Projekt „Podologische Behandlungen“ wird abgeschlossen</li> </ul> <p><u>Bemerkungen:</u> Es entsteht der Eindruck, dass, nachdem die QMB nicht in der Einrichtung beschäftigt ist, zunächst alle Vorschläge und Erarbeitungen, die von ihr erstellt wurden, überarbeitet werden. Z. B. das Entwicklungsprotokoll für die Projektplanungen, dass die PDL und die Mitarbeiter zu umfangreich und unübersichtlich halten und neu konzipieren.</p>
06.12.05	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Unsicherheiten der PDL über Handhabungen zu VA werden geklärt</li> <li>- jeder Wohnbereich erhält einen Ordner mit Pflegestandards und VA</li> <li>- die PDL überarbeitet Standard „Kantilenwechsel“ und fügt ihn in den Ordner ein</li> <li>- die PDL will Mitarbeiter stärker in die Arbeit des Qualitätszirkel einbinden</li> <li>- die PDL erarbeitete Einarbeitungskonzept und stellt es vor</li> <li>- die PDL gibt eine „PDL-Info“ an die Mitarbeiter heraus zur Erklärung der VA und deren Bedeutung, da dieser Begriff den Mitarbeitern nicht geläufig ist, aber nach Aussagen der QMB vom MDK gefordert wird</li> <li>- Ein neues Projekt „Apothekenwechsel“ wird ab 1.3.06 eingeführt. Es werden statt dem Verfahren „Verblistern“ Behälter (sog. „Boxen“) von der Apotheke verwendet</li> <li>- die Einführung des Projektes „Apothekenwechsel“ bearbeitet eine Projektgruppe, die aus den Wohnbereichsleitern und der PDL besteht</li> <li>- der Qualitätszirkel soll über den Projektstand informiert werden</li> </ul>
16.01.06	<ul style="list-style-type: none"> <li>- im Qualitätszirkel wird der Termin für ein Gespräch der Apotheke mit der PDL und den WBLs über die Abläufe, Hinweise und Beachtungen bekannt gegeben, danach werden Meldungen über Änderungen der Verordnungen an die Apotheke weitergeleitet</li> <li>- im Januar 2006 finden die Absprachen über Abläufe und Hinweise zum Apothekenwechsel mit der Apotheke statt und der Termin zur Einführung zum 1.3.06 wird bestätigt</li> <li>- die Mitarbeiter übergeben die Daten der Bewohner an die Apotheke, damit diese die Daten in die Software einpflegen kann</li> <li>- die Mitarbeiter werden in die Ablaufgespräche zum Apothekenwechsel einbezogen</li> <li>- die Hausärzte der Bewohner werden in einem Schreiben über die Änderung der Verfahrensweisen informiert, da diese die Informationen über die Verordnungen direkt an die Apotheke weiterleiten können und auch die Abrechnung der Medikamente zwischen Ärzten und Apotheke erfolgt</li> <li>- für die Apotheke stellt dieses Projekt auch eine Neuerung und Herausforderung dar</li> <li>- die Anzahl der Qualitätszirkel-Mitarbeiter soll erhöht werden, deshalb sollen zwei neue Mitglieder teilnehmen, diese werden nach ihrer Einarbeitungszeit gefragt, ob sie im Qualitätszirkel mitarbeiten wollen</li> <li>- die Beschwerdebögen wurden bis zum Zeitpunkt nicht ausgefüllt, Beschwerden werden eher kommunikativ geklärt</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- die PDL-Infos werden im Ordner Standards abgelegt und von der PDL nach und nach als VA im entsprechenden Formular erfasst</li> <li>- für die weitere Bearbeitung des Selbstbefragungsbogens des EFQM-Modells, wird eine Übersicht über die Themen des EFQM angefertigt</li> <li>- der Qualitätszirkel entscheidet sich für die Bearbeitung der Themen, die sich aus der Selbstbewertungsanalyse ergeben nach Priorität der Wichtigkeit für die Einrichtung, nicht nach Punktzahl der Bewertung</li> <li>- ein neuer QMB soll im Zuge der derzeit stattfindenden Einarbeitung mehrerer neuer Mitarbeiter bestimmt werden</li> </ul>
20.02.06	<ul style="list-style-type: none"> <li>- die Leiterin der Küche ist heute als Gast anwesend, da eine Diplomandin des Studiengangs Pflegemanagement ihre Diplomarbeit vorstellt</li> <li>- sie entwickelte einen Risikoanalyse-Fragebogen als Instrument zur Bewertung der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme der Bewohner, der auch in das Programm der elektronischen Pflegedokumentation eingebunden werden soll</li> <li>- der Fragebogen soll in der Einrichtung für Risiko-Bewohner ausgefüllt werden, die Daten möchte die Diplomandin für ihre Diplomarbeit verwenden</li> <li>- Apothekenwechsel: der Vertrag mit der Apotheke wurde geschlossen, so kann der Wechsel zum 1.3.06 stattfinden</li> <li>- ab Februar 2006 werden die Medikamente in der Einrichtung durch die Apothekenmitarbeiter für jeden Bewohner 28 Tage im Voraus gesetzt</li> <li>- an den Abläufen und am Bestellverfahren zum Apothekenwechsel sind schwerpunktmäßig die WBLs beteiligt, die Ärzte werden von der PDL informiert</li> <li>- die Apothekenmitarbeiter setzen die Medikamente vor Ort in der Einrichtung</li> <li>- die Medikation wird im 2-Wochen-Rhythmus gesetzt</li> <li>- die Medikamente werden für jeden Bewohner in Schubtablets aufbewahrt und vom Nachtdienst für den Folgetag auf den Wohnbereich gebracht</li> <li>- der Zahlungsverkehr mit dem Bewohner erfolgt über die Apotheke</li> <li>- die PDL erstellt eine VA, die die Abläufe regelt</li> <li>- die Hygiene-Beauftragte erstellte einen Standard als VA, der vorgestellt wird und im Ordner abgelegt wird</li> </ul>
21.03.06	<ul style="list-style-type: none"> <li>- es fanden Personalwechsel statt, ab 1.4.06 sollen zwei neue Mitarbeiter eingestellt werden, eine Mitarbeiterin wird evtl. als QMB vorgesehen</li> <li>- ein neuer Mitarbeiter als Qualitätszirkelmitglied wird vorgestellt als „Ersatz“ für einen ausgeschiedenen Mitarbeiter</li> <li>- eine Mitarbeiterin erklärt sich bereit, das Führen und Ergänzen der Projektplanungen der einzelnen Themen zu übernehmen</li> <li>- im Qualitätszirkel wurde bekannt gegeben, dass der Apothekenwechsel und das neue Medikamentensystem eingeführt worden sind</li> <li>- dem Qualitätszirkel wurde mitgeteilt, dass eine Praktikantin eines Studiengangs Pflegemanagements in der Einrichtung eine Bewohnerbefragung durchführte und es erfolgte eine Auswertung getrennt nach Wohnbereichen</li> <li>- die Praktikantin erarbeitete einen Fragebogen, den sie selbst einsetzte und die Ergebnisse der Einrichtung zur Verfügung stellte, dabei wurden von 60 Bewohnern 25 befragt</li> <li>- die Auswertung der Ergebnisse soll mit den WBLs in den Teamsitzungen besprochen werden und dann in die Teams weitergegeben werden</li> <li>- die Hygienebeauftragte nutzt ab sofort für neue VA, die Hygieneanweisungen betreffen, direkt das neue Formular für die VA</li> <li>- der Fragebogen der Risikoanalyse wurde ausgewertet, in der Einrichtung wohnen 10 Bewohner, die einen BMI (Bodymaßindex) unter 20 aufweisen, für diese Bewohner soll eine ausführliche Risikobewertung durchgeführt werden</li> </ul> <p><u>Bemerkung:</u> Ein neuer QMB wurde noch immer nicht gefunden. Die PDL äußert mir gegenüber Überlegungen, möglicherweise eine der neu eingestellten Mitarbeiter als QMB zu bestimmen.</p>
19.04.06	<ul style="list-style-type: none"> <li>- erste Auswirkungen des Apothekenwechsels werden besprochen, es ist eine Zeitersparnis</li> </ul>

	<p>festzustellen, weniger Fehler in der Medikamentenbestellung bei vergessenen Bestellungen treten auf</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- die Gewöhnungsphase verläuft mühselig, besonders das Beachten der Reihenfolge beim Stapeln und Sortieren der Medikamentenbecher</li> <li>- es werden Probleme im Zusammenhang mit der Verordnung durch die Ärzte bekannt, die Ärzte tragen die Medikation zwar in der Pflegedokumentation ein, unterschreiben häufig aber nicht, so dass die Verordnungen nicht bestellt werden können</li> <li>- die Risikoanalysebögen werden in den Teams vorgestellt und für die 10 Risikobewohner vollständig ausgefüllt</li> <li>- der Qualitätszirkel beschließt die Bewohnerbefragungsergebnisse im Qualitätszirkel auszuwerten, dafür werden jedem Mitarbeiter im Qualitätszirkel Fragen und Ergebnisse der Befragung ausgehändigt, deren Bewertung bis zur nächsten Sitzung vorbereitet werden soll</li> <li>- in einer kurzen mündlichen Auswertung werden die Ergebnisse evaluiert</li> <li>- diese Auswertung bildet die Grundlage für eine Prioritäten- und Maßnahmenliste</li> <li>- im April 2006 soll die erste Schulung zur Einführung des elektronischen Pflegedokumentationssystems beginnen</li> </ul>
15.05.06	<ul style="list-style-type: none"> <li>- die PDL teilt mit, dass insgesamt 3 Schulungstage für die Einführung der elektronischen Pflegedokumentation vorgesehen sind</li> <li>- die Einführung der elektronischen Pflegedokumentation wird als Projekt festgelegt, das über einen Zeitraum bis zu einem Jahr geführt wird</li> <li>- es werden von den Mitarbeitern ihre Auswertungen und Interpretationen zu den Fragen der Bewohnerbefragung vorgestellt und diskutiert</li> <li>- PDL hält die Fragen fest, bei denen nach Bewertung der Ergebnisse Handlungsbedarf besteht</li> <li>- Handlungsbedarf wird bei folgenden Punkten festgehalten:</li> <li>- Zeit für den Bewohner: die Bewohner im Wohnbereich 2 geben an, dass die Mitarbeiter Zeit für sie haben, im Wohnbereich ist das nicht so, deshalb wird notiert, dass die Mitarbeiter bei Gesprächen mit den Bewohnern stehen bleiben sollen, den Bewohner ernst nehmen sollen und es wird vorgeschlagen die Schüler gezielter für Gespräche und Beschäftigung mit den Bewohnern einzusetzen</li> <li>- selbstbestimmte Kleidungswahl der Bewohner: wird als Problem angesehen, aber keine Lösungsvorschläge gefunden, es wird angegeben, „dass man mehr machen und mehr nachfragen müsste“</li> <li>- Aktivierung zur Körperpflege: wird als Handlungsbedarf gesehen, Problem ist, dass es aus Zeitgründen nicht realisierbar ist, die Bewohner in die Pflege einzubeziehen, es wird vorge-rechnet, 5 min für jeden Bewohner mehr Zeit nehmen, ergibt allein bei 20 Bewohnern, die zu waschen sind, 100 min, das ist nicht umsetzbar, als Alternative wird vorgeschlagen, die Abläufe zu hinterfragen und den Bewohnern anzubieten und sie zu fragen, ob sie sich selbst waschen wollen</li> <li>- Bettruhe: 2 Bewohner sind nicht zufrieden mit der Zeit der Bettruhe, die Bewohner, die noch munter sind, sollen aktiviert werden, es wird überlegt eine Abendbeschäftigung anzubieten</li> <li>- Servieren der Speisen: Problem bei pürierter Kost wird gesehen, Vorschlag pürierte Kost besser und geschmackvoller anzurichten</li> <li>- Sättigung durch das Essen: Problem adipöse Bewohner, eine Mitarbeiterin des Qualitätszirkel schlägt vor bei diesen Bewohnern auch eine Risikoanalyse durchzuführen, der Vorschlag wird vom PDL abgeblockt</li> <li>- Wäscheservice: Problem der zeitnahen Rücklieferung der Wäsche und beschädigter Kleidung wird gesehen, Vorschlag Wäscheversorgung untersuchen</li> </ul> <p><u>Bemerkung:</u> Die Mitarbeiter stellen fest, dass der Fragebogen der Praktikantin einige unverständlich formulierte Fragen enthält sowie, dass oftmals eine Bewertung der Ergebnisse nicht möglich ist, da nähere Angaben und Begründungen fehlen. Allerdings soll die Praktikantin für die Auswertung der Befragung und entstandene Rückfragen, die offen bleiben nicht kontaktiert</p>

	werden. Die Gründe dazu werden nicht angegeben, das ist eine Entscheidung des PDL. Alle Mitarbeiter stellen fest, dass für einen erneuten Einsatz des Fragebogens eine Änderung einiger Fragen erfolgen muss, wie das erfolgen soll, wird nicht geklärt.
19.06.06	<ul style="list-style-type: none"> <li>- die Auswertung der Bewohnerbefragung im Qualitätszirkel wird fortgesetzt</li> <li>- Handlungsbedarf wird bei folgenden Punkten festgehalten:</li> <li>- interessengelagerte Beschäftigung: mit der Ergotherapie soll eine Beschäftigung mit dementen Bewohner besprochen werden, Vorschlag die Beschäftigungsangebote dementer und orientierter Bewohner zu trennen, die Ergotherapie soll sich noch mehr Zeit für bettlägerige Bewohner nehmen und Beschäftigung anbieten, eine Mitarbeiterin schlägt vor, die Wochentafel im Wohnbereich in größerer Schrift auszudrucken</li> <li>- individuelle Beschäftigung: es wird ein Kräutergarten vor der Einrichtung mit den Bewohnern angelegt, dieser soll auch als Themengarten für Sinneserfahrungen genutzt werden</li> <li>- Vertrauen zu Pflegekräften: die Hälfte der Bewohner gibt an, Probleme mit den Mitarbeitern nicht besprechen zu können, ein Handlungsbedarf wird nicht näher diskutiert</li> <li>- die Ergebnisse aus der Bewohnerbefragung werden klassifiziert und priorisiert: Hilfe bei der Körperpflege wird als erstes Thema behandelt, danach die fehlende Zeit der Pflegekräfte</li> <li>- aufgrund einiger nicht zufrieden stellender Fragen und nicht auswertbarer Antworten, erklärt sich eine Mitarbeiterin bereit, die Bewohner nochmals zu zwei Fragekomplexen zu befragen, die Ergebnisse dazu werden zur nächsten Qualitätszirkelsitzung vorgestellt</li> <li>- es erfolgt eine Information der Mitarbeiter durch die PDL, dass im Juli 2006 eine interne Qualitätsprüfung durch den Trägerverband durchgeführt werden soll, die an die Prüfung des MDK angelehnt ist</li> <li>- zur Einführung der elektronischen Pflegedokumentation wird von PDL angesprochen, dass das Vitalzeichenblatt, Anamnesebogen, Berichtblatt, Stammbblatt demnächst aus der schriftlichen Dokumentation entfernt und nur noch am PC geführt werden, um Doppeleinträge und unterschiedliche Formulierungen zu vermeiden</li> <li>- die PDL erläutert auch, dass es zeitliche Probleme bei der Einarbeitung der Mitarbeiter in das Programm geben wird, da die Mitarbeiter die Pflegedokumentation für ihre Bezugsbewohner bisher häufig in ihrer Freizeit geschrieben hätten, was aber durch Nutzung eines elektronischen Programms nicht mehr möglich ist</li> </ul>

Tabelle A-7: Protokolle zu den Qualitätszirkelsitzungen

## Anlage 10: Beobachtungsprotokolle-Teilnehmende Beobachtung T<sub>1</sub>

### Protokoll Beobachtung Wohnbereich 1: 7.-11. Nov. 2005

#### Montag, 7.11.05

- ~ Der Frühdienst beginnt 6:15 Uhr, in der Übergabe werden Aufgaben verteilt und die Mitarbeiter sprechen sich ab, welche Bewohner zu wecken, zu waschen und anzuziehen sind.<sup>100</sup>
- ~ Anwesende Mitarbeiter sind Frau A (AP) bis 11:00 Uhr, Frau B (AP) bis 13:00 Uhr (Wohnbereichsverantwortliche für den FD)<sup>101</sup>, FSJ bis 14:45 Uhr, 1-Euro-Jobberin bis 11:00 Uhr.
- ~ Ich begleite Frau A bei der Arbeit, sie stellt mich den Bewohnern vor und bezieht mich in die Tätigkeiten ein, d. h. ich halte die Bewohner während der Lagerungen und der Grundpflege, ich unterstütze teilweise die Bewohner bei der Gesichtspflege (Mund ausspülen, Haare kämmen), bringe ihnen das Essen an den Tisch und helfe z. B. einen Bewohner zu baden.

#### Tagesablauf:

- ~ 6:30 bis 8:00 Uhr werden die Bewohner geweckt, gewaschen und angezogen.
- ~ Ab 8:00 Uhr findet das Frühstück für die Bewohner im Frühstücksraum statt. Sie werden von den Pflegekräften dorthin begleitet. Bettlägerigen Bewohnern wird das Frühstück im Bett gereicht.
- ~ 8:45 bis 9:10 Uhr findet die Frühstückspause der Mitarbeiter im Dienstzimmer statt.
- ~ Nach dem Frühstück der Mitarbeiter, ab ca. 9:00 Uhr, werden einige Bewohner gebadet (jeder Bewohner badet oder duscht mindestens einmal wöchentlich). Andere Bewohner werden in ihr Zimmer begleitet. Anschließend findet die Behandlungspflege und „Windelrunde“<sup>102</sup> statt.
- ~ 10:00 bis 11:00 Uhr wird eine „Beschäftigungsrunde“ mit der Ergotherapeutin im Foyer und in den Bastelräumlichkeiten angeboten.
- ~ 11:30 Uhr findet das Mittagessen im Speiseraum für die Bewohner statt, die danach von ca. 12:00 bis ca. 14:00 Uhr Mittagsruhe halten.
- ~ 13:00 bis 13:15 Uhr erfolgt die Dienstübergabe für den Spätdienst.

---

100 Inhalte der Übergabe: Auffälligkeiten oder auch unauffälliges Verhalten von Bewohnern, durchgeführte Pflegetätigkeiten, z. B. Lagerungen in der Nacht, besondere Vorkommnisse, wie Bettstürze, Übelkeit oder Erbrechen. Die Übergabe dauert in der Regel 15 Minuten.

101 Ist die WBL nicht zum Dienst eingeteilt, wird eine Pflegefachkraft bestimmt, die in ihrem Dienst die Funktion der „Wohnbereichsverantwortlichen“ übernimmt. Die WBL bzw. Wohnbereichsverantwortliche übernimmt vor allem organisierende Tätigkeiten und die Behandlungspflege der Bewohner und verteilt die Aufgaben an das Pflegeteam.

102 Dieser Begriff wird von den Mitarbeitern gebraucht, obwohl sie wissen, dass er im Umgang mit Bewohnern und anzuleitenden Pflegekräften nicht verwendet werden sollte.



## Ablauf der Grundpflege morgens:

- ~ Die Mitarbeiter klopfen morgens zur Grundpflege am Zimmer der Bewohner an, begrüßen die Bewohner freundlich mit einem „Guten Morgen Frau/Herr X“ und schalten das Licht an.
- ~ Die Mitarbeiter kommunizieren mit den Bewohnern, indem sie ihnen das Gesicht streicheln, Gespräche über den gestrigen Tagesablauf führen, erfragen, was die Bewohner unternommen haben. Sie kommentieren und leiten die folgenden Pflegehandlungen an.
- ~ Neben den Pflegehandlungen, die routiniert und schnell durchgeführt werden, üben die Mitarbeiter auch weitere Handlungen parallel aus: Die Bettdecke wird zurückgeschlagen, das Kissen wird aus dem Bett geräumt, dem Bewohner wird das Nachthemd ausgezogen (die Nachthemden sind am Rücken in der Mitte durchgeschnitten, damit sie sich besser ausziehen lassen), ein Handtuch wird auf den Oberkörper gelegt, um die Intimsphäre zu wahren (die Bewohner benutzen ein helles und dunkles Handtuch sowie Waschlappen für den oberen und unteren Körperbereich, die wöchentlich, Montags oder bei Bedarf gewechselt werden). Die Mitarbeiter waschen das Gesicht des Bewohners, die Arme und Hände, sie drehen den Bewohner im Bett, um ihm den Rücken zu waschen. Die Pflegekräfte ziehen dem Bewohner ein Hemd und einen Pullover an, danach entfernen sie das Inkontinenzmaterial (IKM) und waschen ihm den Intimbereich vorn. Der Bewohner wird wieder zur Seite gedreht und der Intimbereich hinten gereinigt und gewaschen. Danach werden ihm die Beine und Füße gewaschen. Die Mitarbeiter ziehen dem Bewohner Socken und eine Hose an, wobei sich der Bewohner dann häufig ein weiteres Mal zur Seite drehen muss, damit die Pflegekräfte ihm das Hemd in die Hose stecken können. Danach setzt sich der Bewohner im Bett auf und wird mit Unterstützung in den Rollstuhl oder auf den Toilettenstuhl gesetzt und ins Bad begleitet. Hier kann er sich den Mund spülen, die Zähne einsetzen, die Haar- und Gesichtspflege durchführen. Dann wird der Bewohner in den Frühstücksraum begleitet, gefahren oder geht eigenständig.
- ~ Die Kleidung der Bewohner liegt täglich vom Nachdienst sortiert auf dem Stuhl, selten ist sie schmutzig und es muss etwas Neues aus dem Schrank geholt werden. Wenn das der Fall ist, wird der Bewohner jedoch nicht gefragt, was er anziehen möchte, auch wenn er noch orientiert ist.
- ~ Nachdem der Bewohner angezogen wurde, lüften die Mitarbeiter den Raum bzw. auch während der Bewohner im Bad ist, richten das Bett und ziehen die Gardinen auf.

## Intimsphäre:

- ~ Es scheint, dass Anklopfen selbstverständlich ist, die Mitarbeiter warten aber teilweise nicht auf ein „Herein!“ der Bewohner, möglicherweise, weil morgens die meisten Bewohner noch schlafen.
- ~ Es kommt vor, dass die Bewohner während der Grundpflege nicht zugedeckt mit nackten Beine und dem Inkontinenzmaterial im Bett liegen, während ihnen der Oberkörper gewaschen wird. Nur der Brust- und Bauchbereich werden beim Waschen des Gesichts mit einem Handtuch abgedeckt.

- ~ Beim Waschen der Bewohner und beim Toilettengang werden häufig die Badtüren offen gelassen. Die Mitarbeiter schließen auch teilweise die Zimmertüren nicht, wenn sie nur mal schnell hinausgehen, um beispielsweise ein neues IKM oder ein Handtuch zu holen.
- ~ Eine Mitarbeiterin steht im Bad neben einem Bewohner, der die Toilette benutzen möchte, die Mitarbeiterin fragt nach, ob sie draußen oder drinnen warten soll. Diese Situation deutet auf eine tiefe Hemmschwelle bei Bewohnern und Mitarbeitern hin.

Critical Incident „Baden eines bettlägerigen Bewohners“:

- ~ Herr X leidet unter Kontrakturen an Armen und Beinen und soll mittels eines Hebelifters gebadet werden. Der Bewohner wird auf ein Tragetuch, das am Lifter hängt, gelegt und mit den Beinen und Oberkörper durch Haltegurte gesichert. Das Tragetuch wird am Lifter hochgefahren, so dass der Bewohner mit dem Rücken im Tragetuch liegend ca. einen Meter über dem Boden hängt. Die AP, die auch Geräteverantwortliche ist, wusste nicht wie der Lifter in Betrieb zu nehmen ist und wunderte sich, warum die Batterieanzeige nicht funktioniert. Sie fragte mich, ob ich ihr helfen könnte und ich habe ihr dann geraten, das Gerät anzuschalten. Aufgrund der Beinkontrakturen des Bewohners, konnte dieser nicht optimal am Tragetuch befestigt und mit dem Lifter transportiert werden, so dass der Hals und Kopf des Bewohners nicht im Tragetuch auflagen und zusätzlich gestützt werden mussten. Der Bewohner wurde unbekleidet, aber bedeckt mit Handtüchern und Decken, ins Pflegebad gefahren, dabei über den Gang an allen Bewohnern vorbei. Bevor der Bewohner ins Bad gefahren wurde, wurde er noch gewogen. Dazu wurde der Lifter auf eine spezielle Wage gefahren. Im Pflegebad wurde der Bewohner mit dem Lifter in die Wanne heruntergelassen und mit dem Tragetuch gebadet. Während des Badens kam ein AP ins Bad, der heute frei hatte und erwähnte beiläufig, dass das Wiegen mit dem Lifter zu fehlerhaften Daten führt und es besser sei, den Bewohner in einem Rollstuhl sitzend auf die Wage zu fahren. Nachdem die Pflegekraft den Bewohner gebadet und abgetrocknet hatte, wurde er (in dem nassen Tragetuch liegend) erneut durch den Wohnbereich transportiert. Er wurde auf den Rollstuhl herabgelassen (dabei wurde der gesamte Stoff des Rollstuhls nass) und wiederholt auf die Wage gestellt. Anschließend wurde er ins Bett transportiert, abgetrocknet und angekleidet. Dabei stellte sich die AP die Frage, ob sie ihm ein Nachthemd oder Tageswäsche anziehen sollte. Sie entschied sich, ihm doch einen Pullover anzuziehen, da es am Tag üblich ist, normale Kleidung zu tragen.
- ~ Reflexion: Ich als Bewohner hätte mich in dieser Situation sehr unwohl gefühlt, zumal der Bewohner die gesamte Zeit in dem nassen Tragetuch liegend, über den Gang gefahren und dann noch ein zweites Mal gewogen wurde. Die AP hat die Situation teilweise überspielend lächelnd bewerkstelligt.

Critical Incident „Bewohnerin kleckert“:

- ~ Eine neue Bewohnerin, die seit ca. 14 Tagen im Pflegeheim wohnt, isst mit allen anderen Bewohnern im Speiseraum und beschmutzt sich trotz Serviette die Kleidung. Die PDL sieht das und teilt den Pflegekräften mit, das nächste Mal ein Handtuch zu verwenden, damit die Kleidung nicht so schmutzig wird. Eine Mitarbeiterin

im FSJ regt im Gespräch mit den anderen AP an, die Bewohnerin das nächste Mal im Bett essen zu lassen, um eine Wiederholung der Situation zu vermeiden.

Critical Incident „Bewohner möchte nicht ausruhen“:

- ~ Eine Bewohnerin möchte lieber im Rollstuhl am Fenster sitzen und rausschauen, wird aber doch zur Mittagsruhe überredet. Sie ist sturzgefährdet und darf nach richterlicher Anordnung im Bett und Rollstuhl angegurtet werden. Möglicherweise musste sie die Mittagsruhe liegend verbringen, um einfach eine schwierige Sturzsituation zu verhindern, oder damit die Mitarbeiter Arbeit vermeiden können.

Bezugspflege:

- ~ Im FD wird keine Bezugspflege durchgeführt. Es herrschen funktionale, arbeitsteilig getrennte Tätigkeitsabläufe vor.
- ~ Bei der Übergabe werden die Aufgaben an die Mitarbeiter verteilt und festgelegt, welcher Mitarbeiter welche Bewohner „fertigmacht“.
- ~ Die Pflegekräfte nehmen sich untereinander Arbeiten ab, sobald eine Person seine Aufgaben zeitiger erledigt hat.
- ~ Die Pflegeplanung wird teilweise von den Mitarbeitern zu Hause für die Bezugsbewohner geschrieben.
- ~ Eine AP begründet die Nachfrage, warum keine Bezugspflege durchgeführt wird damit, „dass es wohl auch langweilig würde und man die anderen Bewohner nicht mehr kennt“.
- ~ Die PDL begründet die schlecht umsetzbare Bezugspflege damit, dass Bewohner unterschiedlich lange schlafen und somit Lücken im Arbeitsablauf entstehen würden. Weiterhin kann die Behandlungspflege nur von qualifizierten Fachkräften durchgeführt werden (im FD sind gewöhnlich 1 AP, 1 APH und 1 FSJ oder Schüler tätig). Insofern ist nach Aussagen der PDL eine Bezugspflege arbeitsorganisatorisch nicht umsetzbar. Es werden jedoch die Pflegeplanung und alle sonstigen betreuenden Tätigkeiten (Bsp.: Kontakte zu Angehörigen und Betreuern, Zimmer in Ordnung halten, Pflegemittelbestellung) von den Bezugspflegekräften erledigt und übernommen.

Team:

- ~ Die Mitarbeiter unterstützen sich gegenseitig, aber es herrscht eine klare Aufgabenverteilung vor.
- ~ Die Pflegekräfte gehen miteinander freundschaftlich und nett um.
- ~ Oftmals fehlen aber auch Absprachen über bereits erledigte Tätigkeiten: Eine FSJlerin hat die Wanne nach dem Baden desinfiziert und eine AP führt diese Handlung ein zweites Mal durch.
- ~ Teilweise fehlen klare Arbeitshinweise: Die FSJlerin sollte das Tragetuch des Lifters in Desinfektionslösung einweichen, wusste aber nicht wie die Lösung hergestellt wird.
- ~ Hilfskräfte, FSJ-ler und 1-Euro-Jobber fragen die Wohnbereichsverantwortliche nach weiteren zu erledigenden Tätigkeiten.
- ~ In der Frühstückspause, die jeweils in zwei Gruppen stattfindet, werden private Dinge besprochen, die Mitarbeiter lachen gemeinsam und ziehen sich zurück.

Umgang mit Bewohnern:

- ~ Die Bewohner werden mit ihrem Nachnamen und „Sie“ angesprochen.
- ~ Mit Bewohnern wird bei den Pflegetätigkeiten und bei direktem Kontakt viel geredet und kommuniziert.
- ~ Bei Lagerungen und der Pflege kommt es vor, dass Bewohner Schmerzen äußern. Diese Äußerungen werden vom Mitarbeiter schnell abgetan, es wird nicht viel darüber geredet und sie werden mit kurzen Worten getröstet.

#### Kommunikation:

- ~ Es fällt auf, dass die Mitarbeiter verniedlichende Ausdrücke im Umgang mit Bewohnern, wie „lieb, süß, nett, niedlich“ verwenden.
- ~ Bewohnerbezogene Situationen und auch Bewohner werden unter den Mitarbeitern oft mit etikettierenden Begriffen, wie „süß“ und „niedlich“ ausgewertet bzw. auch mit diesen typisierenden Bezeichnungen anderen Mitarbeitern (insbesondere mir) vorgestellt.
- ~ Von den Mitarbeitern werden wiederholt Redewendungen wie „wir wollen uns mal waschen ...“ gebraucht.
- ~ Die Mitarbeiter kommunizieren häufig im Vorbeigehen mit Bewohnern, die im Gang sitzen und warten.

#### Arbeitsorganisation:

- ~ Das Waschen der Bewohner geht den Mitarbeitern schnell von der Hand, es scheint, dass jeder Handgriff passt. Dabei wird offensichtlich, dass die Bewohner fast keine Tätigkeit alleine durchführen, und sich in den seltensten Fällen ihr Gesicht oder die Arme selbst waschen.
- ~ Mitarbeiter im FSJ und Zivis werden so eingearbeitet, dass sie eine APH ersetzen können. Sie werden von der Praxisanleiterin in der praktischen Tätigkeit betreut.
- ~ Jede freie Minute nutzen die Mitarbeiter für die Pflegedokumentation der von ihnen gepflegten und betreuten Bewohner.
- ~ Die „freie“ Mittagszeit von ca. 12:30 bis ca. 14:00 Uhr wird für die Übergabe und Dokumentation genutzt, teilweise werden Bewohner gebadet, die mittags nicht ruhen.
- ~ Hilfsmittel, wie Aufstehhilfen, werden nicht von allen Mitarbeitern konsequent benutzt, Grund ist die Zeitaufwendigkeit sie zu holen, die zurückzulegenden Wege und oftmals auch fehlende Bedienungskenntnisse.
- ~ Die Bewohner müssen häufig warten, wenn sie klingeln und alle Mitarbeiter mit der Pflege/Betreuung von Bewohnern beschäftigt sind.
- ~ Die Bewohner werden morgens komplett gewaschen, abends findet nur eine Reinigung und Pflege des Gesichts und bei Bedarf des Intimbereichs statt.
- ~ Die Sondennahrung (Infusion) wird von den Mitarbeitern häufig vorbereitet, damit sie dann bei der Behandlungspflege nur noch „angeschaltet“ werden muss.

**Mittwoch, 9.11.05**

## Tagesablauf:

- ~ 7:00 Uhr beginnt die Beobachtung.
- ~ Ich begleite wieder Frau A bei der Arbeit.
- ~ Anwesende Mitarbeiter: Frau A (AP) bis 11:00 Uhr, Frau C (WBL) bis 14:00 Uhr (Wohnbereichsverantwortliche für den FD), FSJ bis 14:45 Uhr und 1-Euro-Jobberin bis 11:00 Uhr.
- ~ 8:30 bis 9:00 Uhr frühstücken die Mitarbeiter.
- ~ 10:00 Uhr findet die Beschäftigungsrunde im Foyer statt.
- ~ Zwischen 9:30 und 10:00 Uhr wird den Bewohnern ein zweites Frühstück gereicht.
- ~ Es entsteht der Eindruck, dass kein Stress und Zeitdruck herrschen.

## Betreuung:

- ~ Es erweckt den Anschein, dass die Betreuung nur auf eine Kommunikation während der Pflegetätigkeiten beschränkt wird. Es scheint, dass die Kommunikation nur im Rahmen der Grundpflege und Behandlungspflege stattfindet und somit auf die Pflege beschränkt ist.
- ~ Weiterhin sind die Pflege und Betreuung scheinbar insbesondere auf das äußerliche Erscheinungsbild des Bewohners ausgerichtet: ordentlich sitzende und saubere Kleidung und trockenes IKM.

## Pflege:

- ~ Den meisten Bewohnern wird die Grundpflege, wie Gesicht und Oberkörperreinigung abgenommen, obwohl sie auch sichtlich ambitioniert sind, d. h. selbst den Waschlappen nehmen und sich das Gesicht waschen und auch selbst abtrocknen. Die Handlungen werden aber ignoriert und von den Mitarbeitern übernommen.
- ~ Zwischen 10:30 und 11:30 Uhr erfolgt die Behandlungspflege und Insulingabe an die Bewohner.

## Critical Incident „Lagerung einer Bewohnerin“:

- ~ Eine Mitarbeiterin führt bei einer Bewohnerin eine Lagerung durch. Die Bewohnerin wird von der Mitarbeiterin von der Seitenlage in die Rückenlage gebracht. Die Bewohnerin äußert bei der Lagerung, die schnell und unangekündigt durchgeführt wird, Schmerzen in ihren Beinen und schreit. Die Mitarbeiterin umfasst den Kopf der Bewohnerin und drückt ihr mit ihrer Hand leicht auf den Mund. Sie tröstet die Bewohnerin mit knappen Worten und geht nicht weiter auf die Schmerzäußerungen der Bewohnerin ein. Die Situation war der AP sichtlich peinlich.

## Intimsphäre:

- ~ Die Badtüren stehen während der Toilettenbenutzung eines Bewohners offen und der andere Bewohner, der sich das Bad teilt und nebenan im Zimmer wohnt, kann einfach zuschauen.
- ~ Reflexion: Wo sind die Schamgrenzen der Bewohner? Scheinbar wird die Intimsphäre nur auf das Waschen begrenzt, nicht aber auf Toilettenbenutzung.

## Umgang mit Bewohnern:

- ~ Eine teilweise bettlägerige Bewohnerin schaut gern Fernsehen, dieser steht im Zimmer jedoch ca. 5 Meter vom Bett entfernt. Auf meine Frage an die AP, ob die Bewohnerin eine Brille benötigt, hat die AP im Nachttisch gesucht und tatsächlich eine Brille gefunden. Allerdings nicht gewusst, ob es eine Lese- oder Fernsichtbrille ist. Sie teilte mir mit, dass sie in der Pflegedokumentation nachliest.
- ~ Die Aufmerksamkeit und Sensibilität gegenüber den Bewohnern scheint doch nicht so ausgeprägt zu sein: Die Bewohner werden nicht gefragt, ob sie beispielsweise Radio hören wollen und der Fernseher wird nicht bedient, „weil (nach Aussage einer AP) alle Geräte irgendwie anders funktionieren“, und eine Auseinandersetzung damit Zeit kostet.

#### Kommunikation:

- ~ Die Mitarbeiter verwenden im Umgang mit den Bewohnern Äußerungen, wie „Schnecke“ und „Herzel“.
- ~ Auffällig ist, dass die Bewohner immer laut mit ihrem Namen angesprochen werden.

#### Tagesablauf/Arbeitsorganisation:

- ~ Ab 9:30 Uhr suchten sich die Mitarbeiter „Putzarbeiten“. Sie sind heute sehr aufmerksam und auf Ordnung und Sauberkeit bedacht, schauen nach unsauberen Stellen und sonstigen Arbeiten, da heute die Hygienekontrolle im Haus anwesend ist.
- ~ Reflexion: Diese Zeit hätte auch sinnvoller mit und für die Bewohner genutzt werden können.
- ~ Unmobile Bewohner bleiben im Zeitraum vom Frühstück bis Beschäftigungsrunde und bis zum Mittagessen im Rollstuhl an ihrem Platz im Speiseraum sitzen. Ihnen werden teilweise Steckspiele zur Beschäftigung hingestellt. Die Mitarbeiter begründen dies mit einer besseren Beobachtung und Kontrolle der Bewohner.
- ~ Die Mitarbeiter eilen immerzu am Speiseraum vorbei und sehen die Bewohner sitzen, kümmern sich jedoch nicht um sie und setzen sich auch nicht zu ihnen, um mit ihnen gemeinsam zu spielen. Es scheint als warten die Bewohner auf den nächsten Tagesablaufpunkt.
- ~ Da heute die Hygienekontrolle kommt, sind die Mitarbeiter aufgeregt und warten auf den Besuch. Sie erledigen heute weniger zusätzliche Aufgaben, d. h. Bewohner werden nicht gebadet. Sie führen die notwendige Behandlungspflege und IKM-Runde durch.
- ~ Die Mitarbeiter stehen teilweise wartend herum und haben sichtlich Zeit, die sie aber nicht für die Bewohner nutzen, es wird kaum mit den Bewohnern kommuniziert oder sich mit den Bewohnern beschäftigt.
- ~ Eine Bewohnerin hatte heute eine Besuchsanmeldung vom MDK aus diesem Grund wurde sie auch nach dem Frühstück gegen 9:30 gleich wieder ausgezogen und in Nachtwäsche ins Bett „gelegt“, damit nicht so viel zu tun ist, wenn mittags! die MDK-Einstufung stattfindet.
- ~ Die WBL teilt wieder die Arbeiten ein und Mitarbeiter fragen nach, was zu tun ist.
- ~ Die Mitarbeiter fragen sich untereinander, ob dieser oder jener Bewohner schon „fertig gemacht“ sei, oder noch was zu tun ist.

- ~ Heute war neben der Hygienekontrolle und dem MDK auch der Zahnarzt auf dem Wohnbereich und hat alle Bewohner untersucht. Weiterhin begleitete die WBL eine interessierte Mitarbeiterin, die 2 Tage Probearbeit durchführte, und von der WBL angeleitet und eingearbeitet wird.
- ~ Nach Angaben der Mitarbeiter nahmen sie den Tag ziemlich stressig wahr, mein Eindruck war eher, dass sich lediglich das Mittagessen um 45 min verzögert hatte und ansonsten improvisierend gearbeitet wurde.
- ~ Aufgrund der Zwischenfälle Zahnarztbesuch, MDK und Hygienekontrolle mussten die Mitarbeiter oftmals warten und Zeit überbrücken. Sie haben sich in dieser Zeit jedoch nicht mit den Bewohnern beschäftigt.
- ~ Ich denke die Betreuungsaufgaben der Bezugspflege sind den Mitarbeitern nicht so klar, wie es die PDL annimmt und behauptet.
- ~ Die Mitarbeiter schaffen sich ab ca. 12:00 Uhr Freiräume und nutzen diese intensiv für die Pflegedokumentation bis Dienstschluss.

#### Teilnahme an der Teamsitzung im WB2:

- ~ Die Teamsitzung findet monatlich mit allen Mitarbeitern und der PDL statt.
- ~ Die PDL hat im ersten Teil die Mitarbeiter über Feueralarm, Brandschutz und Arbeitssicherheit belehrt.
- ~ Weiteres Thema waren die für die Bewohner beantragten MDK-Erhöhungseinstufungen, die möglichst erreicht werden sollten. Dazu muss auf eine verbesserte Dokumentation geachtet werden.
- ~ Das Haus wurde vom Trägerverband gelobt, dieses Lob wurde von der PDL an die Mitarbeiter weitergegeben.
- ~ Im Anschluss daran hatte die WBL noch einige Minuten Zeit, um ihre Punkte anzusprechen. Es wurden Probleme mit Bewohnern diskutiert.
- ~ Reflexion: ich hatte den Eindruck, dass insbesondere der Austausch über Probleme mit bestimmten Bewohnern den Mitarbeitern wichtig war.

#### **Donnerstag, 10.11.05**

##### Tagesablauf:

- ~ Die Beobachtung beginnt 7:00 Uhr. Anwesende Mitarbeiter: WBL bis 13:00 Uhr, APH bis 11:00 Uhr, Schüler bis 14:45 Uhr, 1-Euro-Jobber bis 9:45 Uhr, Probemitarbeiterin bis 13:00 (AP).
- ~ Bis 8:00 Uhr wurden alle Bewohner geweckt und gewaschen und zum Frühstück „fertig gemacht“.
- ~ Gegen 9:30 Uhr wird ein zweites Frühstück gereicht.
- ~ 10:00 Uhr findet die Beschäftigungsrunde im Foyer statt.
- ~ 10:00 Uhr wird die IKM-Runde (Wechsel Inkontinenzmaterial) für bettlägerige Bewohner durchgeführt.
- ~ 11:00 Uhr (nach der Beschäftigung) werden die Bewohner auf Toilette geführt.
- ~ 11:30 Uhr wird das Mittagessen gereicht.
- ~ 12:15 bis ca. 14:00 Uhr findet die Mittagsruhe für die Bewohner statt.

### Arbeitsorganisation:

- ~ Frau E (APH) und eine Schülerin standen 8:00 Uhr bereits fragend herum, weil es nichts mehr zu tun gab. Sie begeben sich auf „Arbeitssuche“ und fragen nach dem Frühstück drei Bewohner, ob diese baden möchten.
- ~ Die WBL verteilt, während die anderen Mitarbeiter die Grundpflege durchführen, die Medikamente für das Frühstück im Speiseraum.
- ~ Die Bewohner frühstücken von 7:30 bis 8:30 Uhr, für die Bewohner, die später aufstehen, wird das Frühstück aufgehoben.
- ~ Trotz der wenigen bettlägerigen Bewohner, die zur IKM-Runde versorgt werden müssen und der heute zu viel anwesenden Mitarbeiter, wurde die Pflege der Bewohner nur auf das Wechseln des IKM-Materials reduziert. Die Mitarbeiter wechseln ein paar Worte mit dem Bewohner und verlassen dann das Zimmer wieder.
- ~ Reflexion: Warum wird die Zeit nicht genutzt, um 10 Minuten länger beim Bewohner zu bleiben?
- ~ Nach der IKM-Runde stehen Mitarbeiter wieder herum und fragen sich, was sie noch tun könnten.
- ~ Ab 11:00 Uhr ist die WBL mit einem Schüler alleine im Dienst. Für das Austeilen und reichen des Mittagssessens, muss aus diesem Grund die PDL mit einspringen. Reflexion: Wieso werden die Stunden nicht anders geplant?
- ~ Ab 12:15 Uhr werden die Pflegemaßnahmen dokumentiert und gegen 12:45 Uhr findet die Übergabe für den Spätdienst statt, der 13:00 Uhr beginnt.

### Pflege:

- ~ Frau E hat heute Morgen bei der Grundpflege einer Bewohnerin Deo und Parfum angeboten und angesprüht.
- ~ Die Bewohnerin lag bei der Grundpflege mit nackten Beinen und dem IKM im Bett. Die Mitarbeiterin hat vergessen den Oberkörper der Bewohnerin abzudecken.

### Critical Incident „Körperpflege“:

- ~ Eine Bewohnerin wurde gefragt, ob sie baden möchte. Die Bewohnerin gibt an, dass sie Angst hat, da sie schon mal in der Wanne gestürzt ist. Sie geht aber bereitwillig in die Sitzwanne, lässt sich dann aber nur abduschen. Frau E ist auf die Wünsche der Bewohnerin eingegangen und hat sie nicht zum Baden gezwungen.

### Betreuung:

- ~ Eine Schülerin berichtet, dass versucht wird, viele Bewohner zur Beschäftigung zu bringen, da „oben auf dem Wohnbereich nichts los ist“.
- ~ Eine Bewohnerin schildert morgens bei der Grundpflege, dass sie am Nachmittag in der Beschäftigungsrunde Kartoffeln schälte.
- ~ Nach dem Frühstück sitzen die unmobilen Bewohner bis zur Beschäftigung 10:00 Uhr im Frühstücksraum oder teilweise auch bis 11:30 Uhr, wenn sie nicht zur Beschäftigung gehen wollen. In diesen Fällen werden den Bewohnern Steckspiele zur Beschäftigung hingestellt, aber die Mitarbeiter setzen sich in den seltensten Fällen dazu und spielen mit. Heute waren drei Mitarbeiter mehr zum Dienst anwesend, die



trotz der Personaldichte die Zeit nicht für die Beschäftigung mit den Bewohnern nutzten.

Kommunikation:

- ~ Von Frau E werden kindliche Ausdrücke wie „die Windel ist ja heute wieder voll, das hat sich ja glatt gelohnt ...“ während der Körperpflege im Umgang mit Bewohnern benutzt.

**Freitag, 11.11.05**

Tagesablauf:

- ~ Die Beobachtung beginnt 7:00 Uhr. Ich begleite heute Frau A (AP) bei ihrer Arbeit.
- ~ Nach der Dienstübergabe werden die Bewohner gewaschen, angezogen und zum Frühstücksraum begleitet.
- ~ 10:00 Uhr findet die Beschäftigung statt, an der fast alle mobilen Bewohner teilnehmen, ausgenommen bettlägerige Bewohner.

Critical Incident „Bewohnerin klettert aus dem Bett“:

- ~ Eine leicht verwirrte Bewohnerin steht plötzlich im Gang, sie ist aus einem Bett mit angebrachtem Bettgitter geklettert. Die Mitarbeiter berichten, dass dies schon mehrere Male passiert ist. Aus diesem Grund wurde vor dem Bett der Bewohnerin eine Matratze als Sturzprophylaxe ausgelegt. Die Mitarbeiter fragen sich erneut, wie die Bewohnerin aus dem Bett klettern kann. Eine Mitarbeiterin begleitet die Bewohnerin ins Bad, wäscht sie und zieht sie an. Danach wird der Vorfall in der Pflegedokumentation dokumentiert.

Critical Incident „Toilettenbegleitung“:

- ~ Eine im Rollstuhl sitzende Bewohnerin möchte die Toilette benutzen. Sie wird auf den Toilettenstuhl gesetzt und muss ihr Bedürfnis im Zimmer erledigen. Auf meine Frage an die AP, warum die Bewohnerin nicht mit dem Toilettenstuhl ins Bad geschoben wird, antwortet die AP: im Bad befinden sich nur ungenügende Möglichkeiten zum Festhalten (in Form von Haltestangen). Die Bewohnerin muss, nachdem sie die Toilette benutzt hatte, aufstehen und sich an den Bettstangen festhalten. In dieser Position verrichtet die AP die Pflegetätigkeiten und säubert die Bewohnerin. Diese kann sich dann gleich rückwärts in den Rollstuhl setzen. Reflexion: im Bad sind genügend Haltestangen im Duschbereich angebracht, an denen sich die Bewohnerin auch festhalten kann.

Critical Incident „Streit zwischen Bewohnern“:

- ~ Es wird ein Streit zwischen zwei Bewohnern beobachtet, der von den anderen Mitarbeitern, bis auf eine Schülerin, nicht wahrgenommen wurde: eine Bewohnerin verlässt die Rollstuhltoilette auf dem Gang und macht die Tür zu. Ein anderer Bewohner, der sich mit einem Rollator fortbewegt, möchte ebenfalls die Toilette benutzen und fühlt sich von der Bewohnerin, die vor ihm die Tür schließt, provoziert. Daraufhin fährt er mehrmals laut schimpfend und beleidigend gegen den Rollstuhl der Frau. Diese ist empört und wehrt sich ebenfalls lauthals. Den Streit bemerkt die Schülerin und geht schlichtend dazwischen. Der Vorfall wird in die Pflegedokumen-

tation eingetragen und die Bewohner haben vor mit der WBL über den Vorfall zu sprechen. Die Situation wird nicht weiter diskutiert und für erledigt befunden. Mit den Bewohnern wird über den Streit und die Ursache des Streits nicht gesprochen. Nach einer Rückfrage wird mir erzählt, dass der Bewohner häufig mit anderen Bewohnern Streit sucht, seitdem seine Frau verstorben ist und er im Heim leben muss.

Critical Incident „Körperpflege“:

~ Eine Bewohnerin wird morgens gewaschen und ihr wird ebenfalls das Inkontinenzmaterial gewechselt. Die Bewohnerin ist noch orientiert, aber bettlägerig. Auf die Ansage der AP, dass die „Windel gewechselt“ und der „Po gewaschen wird“, antwortet die Bewohnerin mit „nein!“. Ihr war die Situation vermutlich peinlich, dass eine „fremde Person“ solch eine intime Tätigkeit durchführen muss. Die Mitarbeiterin geht nicht auf die Antwort der Bewohnerin ein und führt die Pflegehandlung durch.

Gespräch mit der WBL 8:30 bis 9:00 Uhr:

~ Auf die Frage, wie die WBL die teilnehmende Beobachtung und Begleitung empfand, antwortet die WBL, dass sie es als „stressig“ empfand, vor allem am Mittwoch, da an diesem Tag zusätzlich noch eine Probearbeiterin, der Zahnarzt und der MDK im Wohnbereich anwesend waren.

~ Sie schildert, dass sie gern mehr Personal einsetzen würde, das ist aber aufgrund der vielen Überstunden, die abgebaut werden müssen, nicht möglich. Aus diesem Grund beendet ein Mitarbeiter im FD seine Tätigkeit bereits 11:00 Uhr.

~ Wenn die Mitarbeiter mehrere Tage im gleichen Team arbeiten, betreuen und pflegen sie immer dieselben Bewohner.

~ Sie erwähnt in diesem Zusammenhang auch die Bezugspflege, wobei im Dienstzimmer eine Liste aushängt, in der festgelegt wird, welche Mitarbeiter jeweils die Betreuung der Bewohner übernehmen. Zur Bezugspflege zählen auch eine Zimmerpflege und die Durchführung der Pflegeplanung für die Bezugsbewohner.

~ Im WB 1 werden Schwerstpflegefälle betreut und im WB 2 demente Bewohner. Dabei kann diese Trennung nicht immer sauber eingehalten werden, da auch Bewohner im WB 1 dement werden können. Momentan leben auch im WB 1 einige Bewohner, die leicht verwirrt sind.

~ Einmal monatlich finden Teamsitzungen statt. Die WBL sammelt die Themen, die in diesen Sitzungen besprochen werden. Oftmals bleibt aber wenig Zeit für eine Diskussion von Problemen aus dem Pflegebereich, da auch die PDL ihre Themen in diese Sitzungen einbringt.

~ Die Teamsitzungen können leider nicht häufiger stattfinden, da die Mitarbeiter an den Sitzungen aus ihrer Freizeit kommen und teilnehmen. Es wird ein Protokoll verfasst, das auch an die PDL weitergeleitet wird. Die Mitarbeiter, die aus Krankheitsgründen, aufgrund von Urlaub oder Nachtschichten nicht teilnehmen konnten, müssen sich über Inhalte informieren und das Protokoll gegenzeichnen.

**Protokoll Beobachtung Wohnbereich 2: 16.-18. Nov. 2005****Mittwoch, 16.11.05**

- ~ Der Frühdienst beginnt 6:45 Uhr. Anwesende Mitarbeiter: Frau F (AP) bis 13:45 Uhr (Wohnbereichsverantwortliche für den FD), Frau G (APH) bis 11:00 Uhr, 2 Schüler (AP) bis 14:00 Uhr.
- ~ Bis auf wenige Bewohner sind alle hier lebenden Bewohner dement, mit den Krankheitsbildern Alzheimer und Demenz.
- ~ 6:46 Uhr waren bereits alle Mitarbeiter in den Zimmern der Bewohner verschwunden, um diese zu wecken und zu versorgen.
- ~ Ich begleite Frau G und beobachte diesmal ausschließlich. Dabei stütze ich gelegentlich Bewohner bei der Körperpflege im Bett und begleite Bewohner im Rollstuhl zum Frühstücksraum.
- ~ 8:50 bis 9:20 Uhr findet die Frühstückspause der Mitarbeiter statt.
- ~ 9:30 Uhr werden weitere bettlägerige Bewohner gewaschen, für die morgens die Zeit nicht ausreichte, um sie zu waschen. Das wird in diesem Wohnbereich immer so gehandhabt.

Tagesablauf:

- ~ 6:30 bis ca. 8:30 Uhr werden die Bewohner geweckt und gewaschen.
- ~ 7:30 bis 8:30 Uhr frühstücken die Bewohner.
- ~ 9:00 Uhr wird ein zweites Frühstück gereicht.
- ~ 9:30 Uhr findet heute ein Gottesdienst statt, da heute ein Feiertag (Buß- und Bettag) ist.

Ablauf Grundpflege morgens:

- ~ Frau G wäscht eine Bewohnerin, kommuniziert aber wenig mit ihr während der Pflege, erläutert ihre Handlungen kaum und leitet die Bewohnerin selten an. Die Bewohnerin teilt ihr während der Pflege vorwurfsvoll mit: „sie sind ja nicht gerade zärtlich“. Die Mitarbeiterin ist darauf nicht eingegangen und hat sie weiter gewaschen und angezogen.
- ~ Die Bewohnerin wurde mit Handtüchern und einer Bettdecke abgedeckt.
- ~ Die Mitarbeiterin erzählte mir, auch wenn sie aus Zeitgründen die Beine und Füße nur zweitägig waschen, versucht sie es einfach zeitlich einzurichten, dieser Bewohnerin die Füße täglich zu waschen, da sie Diabetikerin ist.
- ~ Frau G musste die Pflege unterbrechen (die weitere Pflege der Bewohnerin übernimmt ein Schüler), um einer anderen Bewohnerin einen Zopf zu flechten. Die Mitarbeiterin berichtet mir, dass kurze Haare der Bewohner einfach schneller und leichter zu pflegen sind. Die Bewohnerin mit den langen Haaren geht nach dem Frühstück und Mittag wieder ins Bett, so dass ihr der Zopf dreimal am Tag geflochten werden muss. Reflexion: Sie möchte damit scheinbar ausdrücken, dass Bewohner mit längeren Haaren zeitaufwändiger zu pflegen sind und diese Bewohnerin durch ihre Wünsche, die Haare zu binden, besonders viel Zeit in Anspruch nimmt.
- ~ Die Mitarbeiterin unterstützt einen männlichen Bewohner beim Waschen und Anziehen und animiert diesen, mitzumachen. Sie kommuniziert deutlich mehr mit diesem Bewohner bei der Pflege und stellt mich ihm vor. Sie führt ihre Arbeit gewis-

senhaft durch, cremt den Bewohner ein und geht auf seine Anmerkungen ein, dass ihn die Schuhe drücken.

- ~ Der Bewohner spielt auf seine Sexualität an, die Mitarbeiterin geht auf diese Anspielungen nicht ein.
- ~ Die Mitarbeiterin badet eine Bewohnerin vor dem Frühstück. Sie geht dabei sehr gewissenhaft und kommunikativ vor. Sie erzählt mir, dass sie beim Baden der Bewohner immer besonders auf Hautveränderungen achtet. Die Bewohnerin wurde in die Pflege einbezogen. Die Mitarbeiterin ermöglichte der Bewohnerin, sich selbst zu waschen und cremte sie nach dem Baden ein. Grundsätzlich scheint es, dass sie sich beim Baden der Bewohnerin Zeit für sie genommen hat.

#### Grundpflege vormittags:

- ~ Zwei Bewohnerinnen, die im Doppelzimmer wohnen, werden gewaschen und gepflegt. Eine Bewohnerin wird bei der Pflege zum Singen animiert und singt mit der APH ein Lied. Die Mitarbeiterin kommuniziert mit der Bewohnerin während der Pflege. Sie cremt die Beine und wundete Stellen der Bewohnerin ein und wechselt das Bettlaken, weil es nass ist. Die Bewohnerin ist sehr traurig und weinerlich, aber Frau G geht nicht darauf ein, sondern fragt eher pflichtbewusst nach, warum sie weint und stimmt erneut ein Lied an. Sie erzählt mir daraufhin, dass die Bewohnerin immer sehr traurig ist und durch das Weinen auf sich aufmerksam macht.
- ~ Ein Bewohner möchte die Mitarbeiter auf sich aufmerksam machen, indem er von ihnen massiert werden möchte. Die Mitarbeiterin geht auf die Anzüglichkeiten des Bewohners nicht ein. Sie berichtet mir, dass sie dem Bewohner von vornherein gesagt hat, dass er mit ihr nicht so umspringen kann und erzählt entrüstet weiter dass der Bewohner bei Pflegesituationen auch gelegentlich eine Erektion bekommt.

#### Intimsphäre:

- ~ Frau G erzählte mir bei der Intimpflege einer Bewohnerin, dass diese bei Frauen leichter „zu machen ist“. Sie berichtet, dass sie nach so vielen Jahren in dem Beruf immer noch Probleme damit hat, Männer im Intimbereich zu waschen.
- ~ Die Mitarbeiterin deckt die Beine und den Intimbereich der Bewohner beim Waschen im Bett immer mit der Bettdecke zu und verwendet für den oberen Körperbereich ein Handtuch zum Abdecken.

#### Critical Incident „Bewohnerin möchte nicht essen“:

- ~ Eine Schülerin kommt zur Frau G und berichtet ihr, dass sie nicht weiß ob die Bewohnerin beim Essen ihre Zahnprothese trägt und erzählt ihr dass die Bewohnerin nicht frühstücken möchte. Frau G übernimmt das Essenreichen, sie setzt ihr nur die obere Zahnprothese ein und spricht der Bewohnerin gut zu. Sie gibt ihr einige Schlucke zu trinken und reicht ihr Weißbrothäppchen, die sie der Bewohnerin in den Mund steckt. Sie übergibt die Bewohnerin wieder der Schülerin, mit der Aufgabe es zu versuchen.

#### Arbeitsorganisation:

- ~ 10:30 bis 11:00 Uhr wird Pflegedokumentation durchgeführt.

- ~ Von 10:30 Uhr bis zum Mittagessen (11:30 Uhr) haben die Schüler und Mitarbeiter nicht mehr viel zu tun, sie stehen herum und suchen sich eine Beschäftigung. In dieser Zeit könnten sie sich mit den Bewohnern beschäftigen, mit ihnen sprechen oder andere Betreuungsaufgaben wahrnehmen. Stattdessen werden Bewohner „gesucht“, die baden möchten und gebadet.
- ~ Sechs Bewohner bekommen ihr Essen im Zimmer von den Schülern und der FSJ-lerin gereicht, die 11:30 Uhr mit dem Spätdienst begonnen hat.
- ~ Die Fachkraft spritzt gegen 11:00 Uhr die Diabetiker und teilt zum Mittag die Medizin aus. Zusammen mit der Servicemitarbeiterin und einer Küchenmitarbeiterin, die zum Essenausteilen auf dem Wohnbereich geblieben ist, wird das Essen im Speiseraum für die Bewohner ausgeteilt.
- ~ Ab 12:30 Uhr erfolgt die Pflegedokumentation, auch die Schüler dokumentieren ihre Pflegehandlungen.
- ~ 12:45 Uhr findet die Übergabe für den Spätdienst statt.
- ~ Heute werden zusätzlich die Flächen und Handläufe sowie Wannen gereinigt, weil morgen eine Hygienekontrolle stattfindet.

#### Bezugspflege:

- ~ Es war keine Bezugspflege erkennbar, sondern eine klare Aufgaben- und Arbeitsteilung für alle Mitarbeiter.

#### Betreuung:

- ~ Heute findet außer dem Gottesdienst keine Betreuung durch die Ergotherapie statt. Aus diesem Grund kommen die Bewohner 10:15 wieder in den Wohnbereich zurück und warten einfach nur noch auf das Mittagessen.

#### Team:

- ~ 8:50-9:20 frühstücken die Mitarbeiter. Sie sprechen nicht über private Dinge, sondern nur über die nächsten Arbeitshandlungen und die Organisation der Tätigkeiten. Frau G berichtet, dass sich ein Schüler gern vor der Arbeit „drückt“ und deshalb besondere Anweisungen erhält.

#### Umgang mit Bewohnern:

- ~ Die Mitarbeiter entscheiden, weil heute Feiertag ist, dass die Bewohner einen schönen Pullover anziehen sollen. Aber die Bewohner können nicht selbst auswählen, welche Kleidung sie tragen möchten.
- ~ Frau G schenkt einem Bewohner Geld, damit diese, wenn sie mit einer Mitarbeiterin zum Friedhof fährt, danach auch noch einen Kaffee trinken gehen kann.

#### Kommunikation:

- ~ Mit den Bewohnern wird fast ausschließlich in „Wir“-Form kommuniziert. Die Bewohner werden aber immer mit ihrem Namen angesprochen.
- ~ Es werden keine Verniedlichungen verwendet.
- ~ Grundsätzlich wurde wenig mit den Bewohnern kommuniziert, im Vordergrund stand die Erledigung der Arbeit.

#### Reflexion:

Ich habe das Gefühl, dass die Bewohner keine Schamgrenze besitzen oder aber sie nicht äußern, weil alles so alltäglich ist und sie immer vom Pflegepersonal gewaschen werden. Somit äußern sie auch nichts dagegen, dass ich mit im Zimmer stehe und die Pflegehandlungen beobachte.

**Donnerstag, 17.11.05**

- ~ Die Beobachtung beginnt 7:00 Uhr.
- ~ Alle Mitarbeiter sind bereits in den Zimmern der Bewohner tätig, um diese zu wecken und zu versorgen.
- ~ Ich begleite Frau D und die Probearbeiterin, die von Frau D eingeführt wird.
- ~ Heute arbeiten die Mitarbeiter: Frau D (WBL) bis 13:45 Uhr (Wohnbereichsverantwortliche für den FD), Frau H (APH) bis 11:00 Uhr, 1 Schüler (AP) bis 14:00 Uhr und eine Probearbeiterin (Krankenschwester).

**Tagesablauf:**

- ~ 6:30 bis ca. 8:30 Uhr werden die Bewohner geweckt und gewaschen.
- ~ 7:30 bis 8:30 Uhr frühstücken die Bewohner.
- ~ 9:30 Uhr wird ein zweites Frühstück gereicht.
- ~ 10:00 Uhr finden der Gottesdienst und eine Beschäftigung im Foyer statt.

**Ablauf Grundpflege morgens:**

- ~ Die WBL möchte eine Bewohnerin wecken, diese will aber noch schlafen. Die WBL lässt die Bewohnerin ausschlafen.
- ~ Im Allgemeinen stehen die Bewohner auf, wann sie möchten. Ihr Frühstück wird bis ca. 10:00 Uhr aufgehoben.
- ~ Ein Bewohner wurde geweckt, der einen künstlichen Darmausgang hat, dieser wurde desinfiziert und versorgt. Die Mitarbeiterin hilft dem Bewohner beim Waschen. Ich hatte den Eindruck, dass er sich noch selbst waschen kann, hat die WBL übernimmt die Pflege. Der Bewohner wurde nicht veranlasst, selbst ein paar Handlungen durchzuführen, außer sich den Mund auszuspülen.
- ~ Ein Bewohner wird von einem Schüler gebadet, weil der Bewohner heute einen Termin beim Urologen hat.
- ~ Die WBL berichtet mir, dass sie auf alle Abläufe achtet, um keine Handlung zu vergessen. Sie muss z. B. daran denken, dass die Bewohner vor dem Frühstück gespritzt werden. Da die Bewohner aber zu verschiedenen Zeiten aufstehen, muss sie immer den Überblick behalten, dass diese nicht schon mit Essen beginnen. Hierzu wird sie auch von dem Zivi des Servicebereichs informiert, da dieser das Frühstück für die Bewohner vorbereitet.
- ~ Die Mitarbeiter fragen und erinnern sich gegenseitig, ob sie die ihnen aufgetragenen Tätigkeiten bereits erledigt haben.

**Grundpflege vormittags:**

- ~ Gegen 10:00 Uhr werden die bettlägerigen Bewohner gewaschen, das sind heute nur zwei Bewohner, da ein Bewohner im Krankenhaus ist.

- ~ Die WBL und Probearbeiterin waschen eine bettlägerige Bewohnerin und wechseln ihr das Inkontinenzmaterial. Dabei sprechen sie kaum mit der Bewohnerin. Es fehlen Anleitungen, damit sich die Bewohnerin im Bett auf die Seite dreht. Die Bewohnerin ist dement und hat die Pflegestufe 3. Sie schmiert sehr viel mit Kot, ist unruhig und strampelt, deshalb ziehen ihr die Mitarbeiter Miederhosen über die Windel und einen Schlafanzug mit Reißverschluss zur Vorsorge an.

#### Intimsphäre:

- ~ Auffallend ist, dass die Mitarbeiter die Türen der Bewohnerzimmer häufig offen lassen, wenn sie schnell das Zimmer verlassen, um Pflegematerialien o. ä. zu holen. Es fällt auch auf, dass Türen auch während der Pflege der Bewohner offen stehen.

#### Critical Incident „Bewohnerin möchte wegfahren“:

- ~ Eine Bewohnerin kommt zur WBL ins Dienstzimmer und sagt, dass sie aus dem Ort X sei und nach Y bei X fahren möchte, aber nicht so gut da hin gelangt und sich nicht zu Recht findet. Die WBL teilt ihr mit, dass der Ort zu weit sei und die Entfernung sehr groß ist. Daraufhin lenkt die Bewohnerin ein und entgegnet, dass sie dann doch wieder spazieren geht.
- ~ Die WBL erzählt mir, dass es auch eine aggressive demente Bewohnerin gibt, die wegrennen und z. B. zu ihrem Sohn möchte, auf diesen wartet und immer wieder nachfragt, wann der wohl kommt. Wenn die Mitarbeiter nur zu zweit im Dienst sind, haben sie es schwer, die Bewohnerin zu besänftigen, die dann auch mit dem Stock um sich schlägt. Die Mitarbeiter reagieren dann kommunikativ, indem sie ihr mitteilen, dass sie nachschauen, ob der Sohn schon da ist oder gerade kommt, um die Bewohnerin zu beruhigen.

#### Arbeitsorganisation:

- ~ Die Aufgaben und die Bewohner sind so aufgeteilt, dass zwei Mitarbeiter (WBL und Schüler) die Bewohner, die im großen Gang wohnen, waschen und die APH die Bewohner des kleinen Gangs. (Der Wohnbereich ist in zwei rechtwinklige Gänge aufgeteilt.)
- ~ Vor dem Frühstück, gegen 7:30 Uhr, werden Insulinspritzen von der WBL verabreicht und Tabletten am Tisch ausgeteilt.
- ~ Bis 9:20 Uhr wird den Bewohnern das Essen gereicht.
- ~ Nach dem Frühstück der Bewohner werden diese auf Toilette geführt und müssen unter Umständen auch warten, weil immer eine andere Situation dazwischenkommt und nicht immer alle Mitarbeiter Zeit haben, um die Bewohner zur Toilette zu begleiten.
- ~ Da heute eine Hygienekontrolle im Haus durchgeführt wird, werden Handläufe und Toilettenstühle desinfiziert.
- ~ Die Arbeitsorganisation verläuft hektisch. Nach meiner Einschätzung ist deutlich wahrzunehmen, dass dies auf die Personalsituation (3 Mitarbeiter) zurückzuführen ist, auch die WBL wirkt angespannt.
- ~ 9:30 bis 9:50 Uhr frühstücken die Mitarbeiter, wobei wieder geklärt wird, wer welche Tätigkeiten erledigt. Die WBL verteilt noch weitere Aufgaben an die Schüler, die das Bettgestell des Bewohners säubern müssen, der im Krankenhaus liegt.

- ~ Die WBL gibt an, dass es so ruhig wie heute sonst nicht zugeht, es wird sofort merkbar, dass ein bettlägeriger Bewohner im Krankenhaus ist und dadurch Arbeit wegfällt.
- ~ 11:00 Uhr spritzt die WBL die Diabetiker.
- ~ Der Wohnbereich sollte nach Wunsch der WBL in Gruppen mit 12 Bewohnern aufgeteilt werden, damit mit den dementen Bewohnern richtig ruhig und ohne Hektik umgegangen werden kann.

#### Bezugspflege:

- ~ Morgens wird keine Bezugspflege durchgeführt, da dies der Dienstplan und die Personalanzahl im Frühdienst nicht zulassen.

#### Betreuung:

- ~ Der Bewohner, der zum Arzt bestellt war, wird mit dem Krankentransport abgeholt, der jedoch nicht wie vereinbart 8:30 kommt, sondern erst 9:30 Uhr. In der Zwischenzeit sitzt der Bewohner wartend im Gang auf dem Rollstuhl, wird nicht betreut oder unterhalten und hat unterdessen auch bereits wieder vergessen, warum er wartet.

#### Umgang mit Bewohnern:

- ~ Eine demente Bewohnerin, die häufig schreit und laute Geräusche äußert, wird am Tag aus dem Bett geholt. Eine Mitarbeiterin geht mit ihr ein paar Schritte mit Unterstützung zu einer Nische im Gang, um sie dort hinzusetzen. Die Mitarbeiterin erklärt, dass die Bewohnerin nicht im Aufenthaltsraum mit allen anderen sitzen kann, da sie durch die Töne und ihr Geschrei die anderen Bewohner „aufwiegelt“ und stört.

#### Kommunikation:

- ~ Es ist auffällig, dass wenig mit den Bewohnern kommuniziert wird, auch während der Pflegehandlungen und zwischen den Tätigkeiten, wenn die Mitarbeiter Bewohner auf dem Gang treffen.
- ~ Beim Essenreichen eines bettlägerigen Bewohners teilt eine Mitarbeiterin dem Bewohner nicht mit, was es gibt und leitet den Bewohner nicht an, den Mund zu öffnen. Sie versteckt die Tabletten im Weißbrot, damit diese geschluckt werden. Das Essenreichen übernimmt die Probearbeiterin, da sich die Pflegekraft um arbeitsorganisatorische Dinge kümmern musste. Die Probearbeiterin spricht mit dem Bewohner beim Essenreichen und animiert diesen den Mund zu öffnen, teilt ihm mit, was er isst.

#### **Freitag, 18.11.05**

- ~ Die Beobachtung beginnt 7:00 Uhr.
- ~ Alle Mitarbeiter sind bereits in den Zimmern der Bewohner tätig, um diese zu wecken und zu versorgen.
- ~ Ich begleite wieder Frau D und die Probearbeiterin, die von Frau D eingeführt wird.
- ~ Anwesende Mitarbeiter: Frau D (WBL) bis 13:45 Uhr (Wohnbereichsverantwortliche für den FD), Frau H (APH) bis 11:00 Uhr, 2 Schüler (AP) bis 14:00 Uhr und eine Probearbeiterin (Krankenschwester).



## Tagesablauf:

- ~ 6:30 bis ca. 8:30 Uhr werden die Bewohner geweckt und gewaschen.
- ~ 7:30 bis 8:30 Uhr findet das Frühstück der Bewohner statt.
- ~ 9:30 Uhr wird das zweite Frühstück gereicht.
- ~ 10:00 Uhr wird eine Beschäftigung im Foyer durchgeführt. Daran nehmen heute kaum Bewohner teil, weil eine zahnärztliche Untersuchung im Wohnbereich stattfindet.
- ~ 10:30 Uhr beginnt die zahnärztliche Untersuchung.
- ~ 12:15 Uhr nehmen die Bewohner ihr Mittagessen ein und begeben sich danach zur Mittagsruhe.

## Ablauf Grundpflege morgens:

- ~ Die WBL wäscht eine Bewohnerin und spricht mit ihr über das Backen von Keksen und die Zubereitung des Weihnachtsbratens.
- ~ Die Bewohnerin wird teilweise im Bett gewaschen, d. h. die untere Körperhälfte, da sie sehr korpulent ist und so die Körperstellen durch die Pflegekräfte richtig gereinigt und abgetrocknet werden können.
- ~ Die Bewohnerin wird mit der Bettdecke zugedeckt, um ihre Intimsphäre zu wahren.
- ~ Im Anschluss daran wird die Bewohnerin aus dem Bett geholt und im Rollstuhl ins Bad gefahren, wo sie sich eigenständig den Oberkörper und ihre Arme wäscht, nur der Rücken wird vom Pflegepersonal gewaschen.

## Grundpflege vormittags:

- ~ 9:30 Uhr wird eine Bewohnerin von der WBL und der Probearbeiterin gebadet. Es handelt sich um eine demente und laute Bewohnerin. Nach dem Baden wurde die Bewohnerin von beiden Mitarbeitern aus der Wanne gehoben, dabei trägt eine Mitarbeiterin den Oberkörper und die andere Mitarbeiterin die Beine der Bewohnerin. Sie wird nur mit Mühe in den Liegestuhl gesetzt und dort abgetrocknet. Mir erschienen die Mitarbeiter bei der Durchführung der Pflegesituation etwas „unbeholfen“, weil die Bewohnerin für beide Mitarbeiter viel zu schwer war. Die Bewohnerin wurde nach dem Baden mit einem Handtuch bedeckt und mit einem T-Shirt bekleidet aus dem Bad ins benachbarte Zimmer gefahren. Die Mitarbeiter zogen der Bewohnerin eine Windelhose an, legten sie in ihr Bett, aber ohne ihr Socken oder eine Hose anzuziehen, obwohl sie mir erzählten, dass diese Bewohnerin sehr unruhig ist und sich häufig aufdeckt.

## Critical Incident „Haarpflege eines Bewohners“:

- ~ Einer Bewohnerin werden die Haare im Bett gewaschen, sie ist nicht mehr sitzfähig und bettlägerig, deshalb kann sie nicht mehr gebadet oder geduscht werden. Die Mitarbeiterin benutzt jedoch kein Waschbecken für Kopfwaschen im Bett, sondern eine „Eigenkonstruktion“. Das Bett wird in Schräglage mit dem Kopfteil nach unten gebracht. Unter den Kopf der Bewohnerin werden Zellstoffauflagen gelegt, dann wird die Bewohnerin mit dem Hinterkopf in eine große Plastiktüte gelegt. Die Mitarbeiterin begießt die Haare der Bewohnerin mit einem Messbecher, wobei das Wasser in

die Tüte abfließt. Die Pflegekraft berichtet, dass die Bewohnerin die Prozedur bereits kennt, weil sie einmal wöchentlich die Haare gewaschen bekommt.

Ein Schüler wäscht einer Bewohnerin die Haare am Waschbecken im Bad. Die Bewohnerin teilt dem Schüler mit, dass ihr das Wasser in die Augen läuft. Der Schüler hatte ihr bereits ein Handtuch davor gehalten und geht somit nicht auf die Hinweise der Bewohnerin ein. Er trocknet ihr anschließend die Haare ab und fönt sie. Vor dem Mittag spricht diese Bewohnerin die WBL an, dass sie mit der Haarpflege unzufrieden ist, da ihre Kleidung nass geworden ist. Daraufhin fühlt die WBL den Pullover am Ärmel und geht mit der Bewohnerin in ihr Zimmer, um ihr einen trockenen Pullover anzuziehen.

#### Critical Incidents „Verbandswechsel“ und Katheterwechsel“:

Nach dem Frühstück der Bewohner nimmt eine Pflegekraft die Schüler mit zum Verbandswechsel, der geübt werden soll. Eine Bewohnerin hat einen Dekubitus an den Fersen, mit dem sie so aus dem Krankenhaus entlassen wurde und ins Heim zurückkam. Die Bewohnerin ist bettlägerig sehr dement und beweglich und musste an den Beinen festgehalten werden, damit der Verbandswechsel durchgeführt werden konnte. Beim Verbandswechsel wurde festgestellt, dass sich die Bewohnerin den Katheter selbst entfernt hatte, der wird später neu gelegt.

Einer anderen Bewohnerin wird der Verband am offenen Fuß gewechselt, die sehr über Schmerzen klagte. Sie wurde beruhigt, dass die Wunde schon besser aussieht und es noch etwas dauert, bis sie verheilt ist. Im Anschluss an den Verbandswechsel suchen die Mitarbeiter elastische Socken, die gut über den Verband passen. Zunächst wurden Socken angezogen, die erst zu klein waren, was wieder zu Schmerzen führte und dann wurden Socken gesucht, die elastischer und größer sind und der Bewohnerin angezogen.

Im Anschluss daran wurde der ersten Bewohnerin der Katheter neu gelegt. Zunächst wurden die Pflegeutensilien und Materialien im Dienstzimmer gesucht, dort fanden die Mitarbeiter nichts. Daraufhin suchten sie im Zimmer der Bewohnerin und fanden einen Korb mit allen benötigten Materialien. Diese stehen im Zimmer, weil sich die Bewohnerin den Katheter schon häufig selbst entfernt hatte. Vier Mitarbeiter stehen im Zimmer und stellen fest, dass sich die Bewohnerin die Söckchen mit Verband schon wieder fast vom Fuß gestrampelt hat. Daraufhin zogen ihr die Mitarbeiter stabilere Socken an, die zu eng waren. Das führte zu lauten Schmerzáußerungen der Bewohnerin, die trotz ihrer Demenz Schmerzen äußerte und den Mitarbeitern mitteilte, sie sollen aufhören und sie in Ruhe lassen. Als die Mitarbeiter ihr die Socken angezogen hatten, wirkten die Mitarbeiter und Bewohnerin erleichtert.

Beim Katheterlegen hielten drei Mitarbeiter die Beine und Arme der Bewohnerin fest, da sie sehr mobil und unruhig war. Eine Pflegekraft legte problemlos den Katheter neu. Als die Tätigkeit beendet war, wirkte die Bewohnerin sehr erschöpft. Während der gesamten Zeit wurde die Bewohnerin selten direkt angesprochen. Ihr wurden keine Hinweise und Anweisungen gegeben, z. B. ihre Arme still zu halten.

#### Arbeitsorganisation:

- ~ 7:30 Uhr spritzt eine Pflegekraft die Diabetiker. Da die Bewohner unterschiedlich lange schlafen und zu unterschiedlichen Zeiten frühstücken, ist es heute vorgekommen, dass ein Bewohner nicht vor dem Frühstück gespritzt wurde.
- ~ Eine Mitarbeiterin begann, einen Bewohner zu waschen. Sie verließ kurze Zeit darauf das Zimmer, um die Bewohner zu spritzen. Sie delegierte die Pflegehandlungen an einen Schüler, ohne zu bedenken, dass der Bewohner noch gespritzt werden muss.
- ~ 8:50 bis 9:15 Uhr frühstücken die Mitarbeiter, dabei wurden wieder das Verteilen von Arbeitsaufgaben besprochen und Anweisungen gegeben, wer welche Tätigkeiten durchführt.
- ~ Ein Schüler kümmert sich um die Organisation des Zahnarztbesuchs, alle Bewohner sollten hintereinander geholt werden, damit sie behandelt werden können.
- ~ Die WBL beginnt eine Tätigkeit, bricht diese ab, da sie organisatorische Dinge erledigen muss und übergibt die Arbeit an andere Mitarbeiter.
- ~ 10:30 Uhr kommt der Zahnarzt, ihm werden im Pflegebad ein Stuhl und eine Lampe zur Verfügung gestellt. Die Bewohner kommen der Reihe nach zur Untersuchung und sitzen wartend im Gang bzw. werden geholt. Es gibt ein paar Bewohner, die lehnen es ab zum Zahnarzt zu gehen. Diese müssen auch nicht behandelt werden, d. h. es wird keiner überredet oder gezwungen.
- ~ 10:00 Uhr übernimmt ein Schüler die Inkontinenzmaterialwechsel-Runde. In diesem Zusammenhang wird den Bewohnern auch immer wieder ein Getränk gereicht und ein nettes Wort gewechselt.
- ~ Die WBL erledigt Telefonate mit Ärzten und kontrolliert die Apothekenbestellung.
- ~ Vor dem Mittagessen wird die Medizin an den Tischen ausgeteilt und die Diabetiker werden gespritzt.
- ~ Das Mittagessen wird 11:30 Uhr von einem Zivi, einer AP, der Ergotherapeutin und einem Verwaltungsangestellten ausgeteilt. Die Bewohner werden beim Einnehmen des Essens im Speisesaal unterstützt. Ein Schüler, FSJ-ler und die Probearbeiterin reichen das Essen den 3 bettlägerigen Bewohnern im Zimmer. Zwischendurch kommt eine FSJ-lerin vom unteren Wohnbereich und fragt, ob eine Bewohnerin hier sei, die vermisst wird. Kurze Zeit später teilt die Mitarbeiterin mit, dass die Bewohnerin wieder aufgetaucht sei.

#### Bezugspflege:

- ~ Eine Mitarbeiterin erzählt, dass sie mit einer depressiven Bewohnerin, die ihr Zimmer nicht verlassen möchte und auch alleine essen möchte, über ihren Zustand und die Isolation spricht, da sie ihre Bezugsperson ist. Nach dem Gespräch nimmt die Bewohnerin heute wieder am Essen in der Gemeinschaft teil.

#### Umgang mit Bewohnern:

- ~ Alle bettlägerigen Bewohner, die noch allein fähig sind zu sitzen, werden mindestens einmal am Tag aus ihrem Zimmer geholt und in Aufenthaltsbereiche gesetzt.
- ~ Alle bettlägerigen Bewohner bekommen tagsüber einen Pullover oder ein T-Shirt angezogen, sie müssen ihren Schlafanzug nicht tragen.

#### Kommunikation:

- ~ Es scheint, dass alle Mitarbeiter mit der Durchführung von Aufgaben am Bewohner beschäftigt sind, aber es wird weniger mit den Bewohnern kommuniziert.
- ~ Es fällt auf, dass mit den Bewohnern weniger geredet wird, dabei kann nur das Fachpersonal eingeschätzt werden, da ich nicht alle Mitarbeiter begleiten konnte. Die Schüler reden mehr mit Bewohnern und teilen ihnen auch immer mit, welche Handlungen sie durchführen.

Team:

- ~ Zum Frühstück unterhalten sich die Pflegekräfte mit den Schülern und neuen Mitarbeitern gerne über Bewohner und deren Wesen, Fortschritte und Abbauprozesse.

## Anlage 11: Interviews T<sub>1</sub>

### Interview Nr. 01: I (Interviewer), Frau I (interviewter Mitarbeiter)

#### *Berufsbiographische Angaben*

*I: Ich danke Ihnen, dass Sie sich bereit erklären, mit mir dieses Interview zu führen. Ich möchte Ihnen zum Anfang einige Fragen zu Ihrer Person und zu Ihrem Beruf stellen.*

*I: Wie alt sind Sie?*

Frau I: 41.

*I: Wie sind Sie zu diesem Beruf gekommen?*

Frau I: Ähm, wie bin ich zu diesem Beruf gekommen: Also ich hab Krankenschwester gelernt, hab auch die Ausbildung abgeschlossen und hab 13 Jahre als Krankenschwester gearbeitet. War dann Stationsschwester, hab auch den Abschluss und bin dann eigentlich in die Altenpflege durch eine Zusatztätigkeit, also als Nachtwache habe ich in einem Seniorenheim dann während der Erziehungszeit von meinem Sohn hab ich dort gejobbt und dann habe ich eigentlich gemerkt, dass das was wäre, also das mir das auch liegen würde. Und, ja ein Zufall war dann einfach, dass in X, in einem Pflegeheim eine Pflegedienstleitung, die eigentlich den Krankenschwester-Abschluss haben musste und katholisch sein musste, und na ja, dass ist klar, und na ja da hab ich mich dann dort beworben, und seitdem bin ich eigentlich; und hab die Ausbildung noch gemacht, und seitdem bin ich in der Schiene und kann mir eigentlich nichts anderes vorstellen.

*I: Und wie lange sind Sie nun hier schon tätig?*

Frau I: Hier bin ich jetzt 2 Jahre.

*I: Waren Sie schon in weiteren pflegerischen Zusammenhängen tätig?*

Frau I: Ja, also als Pflegedienstleiter, oh Gott wie viele Jahre gleich, 7, 5 Jahre bestimmt, ja.

*I: Und welche Entscheidung führte dazu, dass Sie diesen Beruf auszuüben?*

Frau I: Dass man sich selber verwirklichen kann, oder dass man erst mal einen; für mich ist es wichtig, ich muss das mit meiner ganzen Person tun, also dass ich jetzt verschiedene Sachen; also ich leite gerne, (-lachend-) also mehr oder weniger gut, nee aber, ja dann alte Menschen sowieso, also das wollte ich gerne machen, das kirchliche, das passte gut und das ist auch wirklich; ich spiele auch Orgel zu Hause, bei uns in der Kirchgemeinde und hier kann man dann eigentlich alles umsetzen. Ja von der Pflege her, das mache ich ja jetzt nicht vordergründig, aber ich wasche auch mal jemanden mit, das ist mir auch ein Bedürfnis. Also einfach diese Tätigkeiten noch mit dem alten Menschen und am alten Menschen, ähm ja, das brauche ich, das ist es glaube ich.

*I: Na klar das ist ja gut, also ...*

Frau I: Ja und das sind so viele Inhalte und das ist so, so abwechslungsreich, das ist es wirklich genau, was mir so gefällt und deswegen also ich würde den Job wirklich gar nicht hergeben wollen, weil dass ist so das Ziel aller Weiterbildungen und Tätigkeiten. Vorher da ist das wirklich; jetzt kommt erst das was alles beinhaltet.

***Fragen zur Bedeutung des Qualitätsmanagements und den Zielen der Arbeit:  
Stellenwert des Qualitätsmanagements***

*I: Ich wollte Sie nun zu den Ziele Ihrer Arbeit fragen. Was ist Ihnen am Qualitätsmanagement dieser Einrichtung besonders wichtig?*

Frau I: Na ja, dass die Bewohner in einer (-überlegt-) ausgezeichneten Qualität versorgt werden. Also dass wir hier wirklich Bedingungen stellen, die eine ausgezeichnete Pflege, Betreuung, ja gewährleisten. Dass wir einfach rund um Angebote anbieten, das die ganze Einrichtung äh lebt, dass eine Wärme, eine Atmosphäre, eine Heimat jetzt für die Bewohner entsteht, also die wir schaffen müssen. Ist klar, dass sich jeder hier einbringt. Dass es einfach wirklich lebenswert wird, ein lebenswerter, lebensoffener Ort. Also dass wir wirklich so wie wir sind, und was wir haben, alle äh uns so einbringen, dass wir das hier so richtig, äh umsetzen für die Leute einfach.

*I: Welche Probleme sehen Sie eventuell im Zusammenhang damit?*

Frau I: (-lacht verlegen-) Die Gesetzlichkeiten, also das ist wirklich; ich hab's gerade eben. Also wir finanziell, das wir so gebunden sind, dass wir gar nicht alles das umsetzen können was wir wollen. Das wir, ja wirtschaftlich, das ist klar. Es kann niemand ja über seine Verhältnisse leben, aber es ist einfach die Struktur der Gesellschaft, ist einfach furchtbar. Weil, da ist der alte Mensch mit dieser Pflegestufen-Einstufung, äh wird in so ein Raster gepresst. Also man kann wirklich die Zuwendung die jetzt gleich noch anbieten wollte, kann man gar nicht leiten. Und also wir haben wirklich; ja ich muss wirklich das dann krampfen und knapsen, und es tut mir wirklich sehr weh, weil es bezahlt mir niemand. Ich kann auch nicht erwarten, dass die Mitarbeiter hier Stunden länger bleiben, wir es nicht vergüten können und das ist wirklich mein Problem. Und diese Einstuferei, diese ganze Gesundheitsreform und Pflegeversicherung, das ist alles unausgegoren. Ich will jetzt hier nicht schimpfen, aber das ist wirklich ein Raster wo wir drinnen sind, wo es uns wirklich abnippelt, wo man keine Luft mehr hat und keinen Spielraum mehr hat.

*I: Was könnte man da ändern Ihrer Meinung nach?*

Frau I: Das Sozialsystem umbauen (-lacht-) Nee, ich weiß auch nicht wie, aber das ist es aber nicht, also so wie es jetzt ist, ist es eine Form die aber. Oder gerade wenn ich sehe, wie es viele in die Sozialhilfe abgleiten, die Bewohner meine ich, die nur noch ein Minimum von Taschengeld kriegen, die wirklich nur noch einmal überhaupt im halben Jahr zum Friseur gehen können, die Fußpflege gerade so noch, die Apothekenrechnung wahnsinnig hoch, wir jetzt würgen und rechnen, also das finde ich dann wirklich nicht mehr lebenswert. Also das finde ich jetzt wirklich nicht mehr, nicht mehr gut. Das ist überhaupt nicht mehr in dem Rahmen wie es die Leute verdient hätten. Hier mit ihrem gelebten Leben und diesen ganzen Erfahrungen und viele haben ja alles aufgebaut, hier und na ja, jetzt muss man sie praktisch so kurz halten, schlimm. Das stört mich ganz gewaltig.

***Stellenwert und Ziele der Arbeit:***

*I: Was ist Ihnen als Person in ihrer Arbeit wichtig?*

Frau I: Also wie ich jetzt praktisch persönlich meine Arbeit verrichte, oder? Also mit Herz und Liebe und Verstand und vollem Einsatz und auch mal mit Händen und Füßen und auch mal gegen, ja, alle möglichen Widrigkeiten. Also ich gucke das es alles, dass es powermäßig geht und ich da auch alles versuche. Und jetzt auch Befindlichkeiten der

Mitarbeiter, also auf die Mitarbeiter bezogen, das ist genauso, das man denen ja auch bei Entscheidungen oder so. Also wir reden wirklich erst dreimal vorher. Also treffe jetzt nichts also, mit der ohne Ende oder mit der gar nicht. Also wir sprechen ganz viel im Team ab. Und ja da nehme ich mich auch zurück in meiner Person. Ich sag dann auch nicht äh; gut ganz zum Schluss muss ich's dann natürlich entscheiden. Aber das will ich auch nicht vordergründig nur, dass ich jetzt hier groß der Macher bin, das bin ich nicht, überhaupt nicht, sonder dass wir schon ein Team sind. Das wir; zu den Bewohnern noch mal, jetzt von der Person her; dass ja ich geh zum Bäcker, ja ich hol mal ein paar Kekse für jemanden, oder dass man sich hier nicht auf einen Sockel stellt oder befindet, überhaupt nicht. Das das ist es nicht. Wicht ist, das man ansprechbar bleibt, dass die Türen offen bleiben hier, das man; Mittags gehen wir Essen mit reichen hoch, also dass man sich voll mit integriert, das man auch niemand besseres ist, so sehe ich mich. Ich orgele auch hier mal mit und bin dann mit drinne, ja wie jeder andere Mitarbeiter auch. Also dass ist jetzt nicht, dass der Leiter hier unten denkt, da weg vom Schuss, überhaupt nicht. Also ich will wirklich mitten drinne sein, und zwar von oben alles wissen, aber ich entscheide es nicht alleine, also das machen wir eigentlich schon so.

*I: Also Sie entscheiden dann quasi mit den Mitarbeitern zusammen?*

Frau I: Ja wir, also eigentlich mit Herrn J und Frau X aus der Verwaltung das ist so unsere Gruppe. Und Gespräche mit den Mitarbeitern, also da, wir führen mehr, als wir vielleicht sollten, also auch Herr J macht das viel. Also das sprechen wir ab und dann, sage ich mal reden wir und wenn es jetzt gar nicht geht, rede ich auch noch mal. Und wenn wir wirklich mal was entscheiden müssen, was disziplinarisches das geht dann wirklich erst durch unsere Instanzen. Also das machen wir wirklich nicht so, das will ich auch nicht. Also das finde ich eigentlich gut bei uns, so.

*I: Was ist das Ziel Ihrer Arbeit als Leitungskraft?*

Frau I: Na auch wieder, diese; das man das einfach sicher stellt, dass die Einrichtung eine Einrichtung oder Heimat ist für die Bewohner. Das die wirklich hier qualitativ super versorgt werden, das sie ordentliche Lebensbedingungen haben. Für die Mitarbeiter auch, dass die Arbeitsbedingungen auch gut sind, oder eben auch gerade Arbeitsrecht, das wir das alles wirklich einhalten und umsetzen. Ja einfach Bedingungen, so das ich dafür Sorge, dass sie wirklich miteinander hier arbeiten und leben können. Das es einfach eine runde homogene Sache ist. Und das christliche natürlich auch mit, dass man das immer mit einfließen lässt in die Arbeit, Caritas ist ja klar.

### **Anzeichen von Qualität**

*I: Was macht für Sie eine gute Pflege und Betreuung aus?*

Frau I: Das sich der Bewohner rundum aufgehoben, verstanden und akzeptiert fühlt. Das der Bewohner seine Interessen wahrnehmen kann, wo man was weckt wieder, wo man körperliche Gebrechen, das man so wieder mobilisiert, dass er wieder teilnehmen kann. Also einfach dass Leute sich nicht abgeschoben, alleine gelassen und isoliert fühlen, sondern dass sie wirklich sich hier geborgen und akzeptiert und lebenswert leben können. Ja und Mitarbeiter auch, also dass wirklich jeder Mitarbeiter hier sich entfalten kann, seine Bedürfnisse, nee nun weniger, ja aber seine Fähigkeiten einbringen kann und dass man das dann auch würdigt. Also das will ich auch.

*I: Wie wird das gewürdigt?*

Frau I: Also dass man ja, also ich geh dann schon mal hoch und sage das sieht ja wirklich toll aus, oder in der Teamsitzung, oder das man den auch mal rein bittet und sagt, du hast das Bad super gestaltet. Oder die Mitarbeiter machen eine Ausfahrt jede Woche und das funktioniert auch so richtig gut, also klasse, einwandfrei. Ich weiß nicht, ob es zu wenig Feedback ist, aber anders, mehr hab ich nicht die Möglichkeiten. Also in einer Vergütung oder Prämie oder so dafür fehlt es und finanziell, das können wir eigentlich nicht machen. Und wenn ich mal eine Situation verpasse, dann sagt mir das auch Herr J und dann gehe ich auch gleich hoch, oder wenn ich den Mitarbeiter dann sehe, oder manchmal zur Teamsitzung dann schicke ich ihn auch gleich mal runter.

*I: Woran erkennen Sie, dass ein Mitarbeiter gut pflegt?*

Frau I: Na erst mal, wenn die Bewohner gut versorgt sind und ähm. (-Pause-) Ja ich gucke immer, ich seh dass jetzt nicht so, oder ähm, wenn ich jetzt zum Beispiel auf die Etage komme und mir laufen dort die Bewohner ungekämmt über den Weg, oder ähm weiß ich nicht. Es irgendwie geht's dem Bewohner nicht gut und es kümmert sich niemand, oder was denn noch, wenn sie schmutzige Kleidung anhaben, wo ich dann schon den Bedarf sehe, einzuschreiten. Dann gucke ich natürlich, wer dann da ist. Und dort, an dem messe ich das dann auch, wie der das eigentlich dann umsetzt, so seine Ziele, seine Arbeitsaufgabe und pflegerischen Auftrag. Aber ich glaube das sieht man, so an Kleinigkeiten eigentlich wo, oder ob eine Tür offen steht und es ist jemand drinne und wahrt gerade die Intimsphäre nicht. Also das ist für mich dann eine schlechte Pflege. Also dann kann der sonst vielleicht ganz andere Sachen super gut machen, aber wenn der irgendwo am Bewohner ist, das ist für mich messbarer einfach. Also wenn ich nur eben so im Vorbeigehen, ich geh jetzt nicht zielgerichtet gleich da hin oder so, überhaupt nicht, also das macht ja dann der Herr J so mehr. Also dort sehe ich es eigentlich und dort weiß ich auch eigentlich genau, wer denn so im Dienst ist. Also wenn die Bewohner ordentlich versorgt sind, also wenn die richtig, wenn es denen gut geht, wenn die sich wohl fühlen, auch wenn sie sich schlecht fühlen und es ist einfach jemand da, der sich kümmert. Der dann daneben sitzt oder wo einfach der Bewohner auch mal übergeben wird an jemand anderen. Ich kriege dann oben mal schnell die Info, kannste mal ganz schnell mal gucken gehen, da gehe ich gucken klar. Aber wenn ich das gar nicht vermittelt kriege, dann sehe ich das als gegenseitige Pflege an, weil ich kann es nicht riechen grad. Also, ich meine, das gehört für mich auch dazu für eine gute Pflege, dass es sich wirklich um das Wohl des Bewohners gekümmert wird. Na und Pflege, einfach dass die Arbeitsabläufe rund laufen, dass es ordentlich organisiert ist, dass es nicht zu Engpässen kommt, also vorhersehbare, also was man abstellen könnte. Das auch schon Einsatzbereitschaft da ist, also dass man einfach auch mit dem Haus denkt, oder mit, mit, für die anderen Kollegen, oder für seinen Wohnbereich einfach. Dass man das als Stück, als Ganzes sieht und nicht nur ich, mein Dienst und ich geh dann nach Hause, sondern schon, dass man sagt dort ist grade noch was von Nöten. Das ist für mich eine ordentliche Pflege, das ist was eine gute Pflegefachkraft ausmacht.

*I: Und eine schlechte Pflege, woran erkennen Sie, dass ein Mitarbeiter schlecht pflegt?*

Frau I: Na ja, also wenn ich das dann so sehe, also wenn jetzt, wie gesagt, dort so Intimsphären nicht gewahrt werden, das haben wir oft. Oder wenn der Respekt vor dem



Bewohner verloren geht, jetzt so der Umgangston, also da werde ich auch wild. Also wenn gesagt wird: „du ich komm gleich wieder, warte mal, bleib mal dort sitzen“ So dieses Abfällige, was manchmal gar nicht so gemeint ist, aber, das geht nicht. Respekt, Würde vor dem Menschen, vor dem alten, das ist das A und O, das wollen wir hier unbedingt. Das haben wir eigentlich auch ganz gut, eigentlich gut umgesetzt hier. Aber das da kann der auch einen super Verbandswechsel machen, oder eine super Pflege, aber wenn dann aber dieser Ton nicht stimmt, oder ich merke, da ist do was abwertendes dabei, oder so eine Missbilligung irgendwo, dann ist dass für mich auch eine schlechte Pflege. Also egal, was der Mann noch gut macht, aber das sind elementare Sachen nicht da oder werden eben nicht umgesetzt.

*I: Und die elementaren Sachen sind dann eben Würde und ...*

Frau I: Akzeptanz dann auch, ja dieser Respekt einfach. Und eben gerade die Wahrung von persönlichen ähm, ja der alte Mensch als Persönlichkeit, so wie er ist und was er gerade braucht. Und wenn das nicht gegeben ist, dann ist es für mich nicht, nee das ist für mich wirklich ein ganz wichtiger Punkt. Oder wenn dann so einer mit dem Rollstuhl einfach so stehen gelassen wird, und man rennt weg und man sagt zu ihm überhaupt gar nichts, das hab ich auch schon erlebt. Also ich hab ihn dann einfach weiter geschoben, bloß mal in eine Ecke, wo ein bisschen Musik ist, und hab gesagt ich komm gleich wieder. Also trotz Hektik und Stress und so muss man das trotzdem im Blick haben.

***Fragen zu Situationen und Verhaltensweisen von Personen an denen Qualität sichtbar wird: Beschreibung positiver critical Incidents***

*I: Können Sie sich an konkrete Situationen aus dem Arbeitsalltag der Mitarbeiter erinnern, die in den letzten Tagen, vielleicht gestern passiert sind, indem eine Pflegeperson gut gepflegt hat, die die Qualitätsziele der Einrichtung gut umgesetzt hat?*

Frau I: Ähm, ja, wir haben gestern, da bin ich durchs Haus mit einer Mitarbeiterin, die habe ich vorgestellt, also sie hat gestern neu angefangen. Es muss eine pflegerische Situation sein, oder?

*I: Es kann auch eine Situation unter Mitarbeitern sein.*

Frau I: Einfach was mir sehr positiv aufgefallen ist, ist praktisch also, dass wir zum Mittagessen hochgekommen sind; und ich konnte deswegen nicht mit Essen reichen gehen und da war schon Druck, und es war sehr viel, also man fehlt dann schon. Und dass wir trotzdem mit offenen Armen, also es wusste niemand, dass ich da komme, sie wussten nur, ich bin nicht da und ich bin nicht Essen reichen, also müssen sie mich ersetzen. Und ich bin dann mit der Mitarbeiterin dort hoch und hab sie vorgestellt, auch im Speiseraum ordentlich. Dort ist richtig das Pflegepersonal, also das fand ich so toll, „schönen Anfang, ich wünsche ihnen und alles Gute“ und toll „wir freuen uns, dass sie da sind“. Das war auch, wirkte nicht aufgesetzt, gar nicht und man ist, sie hat dann gestrahlt, hat sich gefreut. Ich fand das richtig gut. So trotz Hektik und Stress, dass man so dort noch mit offenen Armen, und doch noch die Minute Zeit war, sich dort mal gegenseitig die Hand zu geben und noch ein nettes Wort. Also das war gut, weil mittags ist wirklich, das musste einfach und da kann keiner rum stehen oder groß noch vorgestellt werden. Das war wirklich; es passte gerade nicht anders und da sind wir dort wirklich in die größte Hektik rein gekommen. Das war so schön, das war richtig angenehm.

*I: Und eine direkte Situation wo Sie eine gute Pflege bei einer Pflegekraft gegenüber einem Bewohner erlebt haben, mitbekommen haben in der letzten Zeit?*

Frau I: Also bei uns liegt jemand im Sterben, und da gehe ich auch eigentlich täglich hoch, das war im Wohnbereich 1. Und da bin ich mal rein gegangen und da wurde die Bewohnerin von einer Mitarbeiterin gestreichelt, ganz liebevoll und so. Die lag auch ganz ordentlich, also die Kissen so, ganz viele Kissen gelagert. Du hast wirklich, also es kann nichts drücken, liegt nicht der Kopf irgendwo in der Luft oder. Also ganz lieb, richtig eingekuschelt, eingehuschelt, so eine Wärme irgendwo. Und dann sie sie so gestreichelt, ich auch, also auch geredet, ich weiß nicht, ob sie es noch hört, aber das machen wir einfach immer. Also wir sind einfach noch dort gewesen als Unterstützung.

*I: Und wie hat sich diese Pflegekraft in dieser Situation verhalten, also als sie sich um die sterbende Bewohnerin gekümmert hat?*

Frau I: Nee die war alleine, die Bewohnerin, die lag dort so. Wir sind praktisch nur gucken gegangen, wie es ihr denn geht. Und wir sind dann zusammen rein und da hat dann praktisch zu ihr so liebevoll „und es ist halt schwer“ gesprochen, so beruhigend und so gestreichelt eben, und ich auch. Und es war einfach, und die lag wirklich richtig schön versorgt im Bett und auch zufrieden. Ich denke mal, ihr fällt es bestimmt nicht, also ich denke mal, dass sie die Umstände jetzt, Bett oder dass sie sich jetzt quälen muss irgendwie, dass muss sie mit Sicherheit nicht. Dann ist es vielleicht was inneres, wo sie noch kämpfen muss, aber. Das war, das fand ich gut, also das war richtig so eine Wärme. Und das war jetzt nicht weil ich da jetzt gucken kam, so spontan, sondern das machen die eigentlich auch alle.

### ***Beschreibung negativer critical Incidents***

*I: Und jetzt im Gegensatz dazu eine Situation aus dem Arbeitsalltag von Pflegepersonen, wo sie eine schlechte Pflege gesehen oder erkannt haben und wie sich die Mitarbeiter dabei verhalten haben. Sie haben ja vorhin schon solch ein Beispiel angesprochen.*

Frau I: Also eine schlechte Pflege ist das mit dieser Intimsphäre. Wenn ich jetzt mit Besuchern durch Haus gehe und ich muss erst mal die Türe schließen, weil dahinter eben richtig, erst mal laut und Privatgespräche, das habe ich dann auch so, dass es dann um irgendwas ging hier um äh Kaffeebesuch von oder, weiß ich nicht. Und die waren nun gerade am Waschen, im Wohnbereich 2 war das oben, da gibt es eine Bewohnerin, die ist ganz laut, die schreit auch so. Also es war mir höchst unangenehm, muss ich mal sagen. Und ich fand das überhaupt nicht in Ordnung, weil das also sicher für die Bewohnerin dort richtig unangenehm war. Sie hat das bestimmt nicht wahrgenommen in dem Moment, aber ich fand es unmöglich, wirklich die Tür offen und ob sie nackig war, das weiß ich nicht, aber die Bettdecke war weg geschlagen und das ist entwürdigend. Das ist eine schlechte Pflege einfach. Und egal, ob ich jetzt vorbeikomme oder sonst wer, es kann ein anderer Bewohner genauso. Ich möchte das nicht, ich möchte das wirklich nicht, dort versorgt werden und nee. Und ich hab dann eigentlich nichts gesagt, ich hab dann hinterher, „das könnt ihr nicht machen“. Also das finde ich wirklich; es ist mir jetzt auch nicht wieder passiert. Herr J, dem sage ich das dann auch, „kannste dann dazu oben noch mal was sagen“. Also ich hab's zwar auch gesagt, aber noch mal allgemein für alle. Wenn sich das wieder eingeschlichen haben sollte, so was, aber weiß ich nicht und ich hab dann einfach die Tür ran gezogen und hab jetzt kein „Gewese“ vor den Besuchern gemacht.

Also da gehe ich nicht rein und sag dann „also passt mal auf jetzt, liebe Mitarbeiter“ also das mache ich jetzt auch nicht. Aber hinterher dann eben. Also das kann man nicht machen, das ist wirklich, das ist unter aller.

*I: Wie haben sich die Mitarbeiter in diesem Fall verhalten?*

Frau I: Das denen das gar nicht aufgefallen ist, also das die wirklich einfach nur rein gegangen sind, zu zweit, und haben die Tür offen stehen lassen. Das passiert sonst auch nicht. Und haben sich dann entschuldigt, das das also, schon betroffen, also das war wirklich. Ich dreh denen jetzt auch keinen Strick daraus, ich finde das jetzt auch nicht so. Aber das ist jetzt in dem Moment keine gute Pflege. Das ist für mich eine Situation, wo es geht nicht, das kann man einfach nicht.

*I: Und speziell, wie haben sich die Mitarbeiter dieser Bewohnerin gegenüber verhalten, die da in dieser Situation war?*

Frau I: Hinterher dann, oder?

*I: Während der Situation.*

Frau I: Na ja, irgendwie haben Sie gebettet oder gelagert. Und haben sich eben mit privat irgendwie, weil die Bewohnerin nicht mehr antworten kann. Also das fand ich schon daneben. Also eigentlich mit sich beschäftigt die Mitarbeiter und nicht mit dem Bewohner und auch gar nicht wahrgenommen, dass eigentlich jemand die Tür zugemacht hat. Warn also eigentlich total im Gespräch, ja.

*I: Das Ergebnis dieser Situation war dann, dass Sie die Tür geschlossen haben?*

Frau I: Und dann hinterher bin ich noch mal hoch und dann hab ich einfach, dass ich es schon daneben fand und ob sie denn das wahrgenommen haben. Ich sagte „ich bin mal vorhin oben gewesen und das könnt ihr nicht machen.“ „Auch der Bewohner, der dort eben nackig liegt oder so und gleich gar nicht, also es geht einfach gar nicht. Oder ob ich jetzt hier alleine komme oder mit Besuchern komme, das ist egal. Wer das auch immer ist, die Türen bitte schließen bei solchen Sachen, bei pflegerischen.“ Und dann eben mit dem, ich glaube das Gespräch habe ich gar nicht angesprochen, es ging mir nur um, dass die Tür so offen und wirklich die Frau dort ausgeliefert war, jeglichen Blicken.

### ***Fragen zur Qualität in der Einrichtung: Einschätzung der Pflegequalität in der Einrichtung***

*I: Zum Abschluss noch einige Fragen zur Qualität in der Einrichtung und was Sie sich für die Zukunft wünschen. Wie schätzen Sie die Qualität in ihrer Einrichtung ein?*

Frau I: Ach ich denke schon, wie haben schon eine, doch eine sehr gute Qualität. Also Pflegequalität spitzenmäßig, also das finde ich wirklich, also das ist auch Herr J dahinter, ganz sehr. Wir haben immer noch Sachen, die wir verbessern müssen. Wir schaffen auch immer noch, oder wir haben auch Ideen, was wir noch umsetzen wollen. Also wir haben immer noch, gut, eben solche Situationen, das müsste eben, das ist dann keine Qualität, das kommt eben immer noch vor. Aber im Durchschnitt haben wir doch eine sehr hohe Qualität denke ich.

*I: Können Sie Stärken und Schwächen nennen bezüglich der Qualität ihrer Pflege?*

Frau I: Der Qualität, na ja da wir den Qualitätszirkel überhaupt jetzt erst gegründet, oder dass wir angefangen haben, also dort müssten wir eben unbedingt dieses Controlling auch jetzt auch was ich von dem letzten weiß, ist praktisch mit diesem Beschwerdebriefkasten, dort sind wir abgestorben. Das ist mit diesem ganzen anderen Sachen, also das geht nicht. Also man muss schon wenn man was anfasst, das muss ich mir wirklich auch genauso auf die Fahne schreiben und überhaupt. Denn zielstrebig das verfolgen, das machen wir nicht. Zu wenig konsequent, denke ich mal sind wir alle, ich auch vorneweg und na ja. Doch würde ich mal denken, dass ist das Hauptübel, dass wir schon was anfangen und dann aber nicht mehr konsequent dann das überwachen, ob das wirklich läuft, ob dort was fehlt. Das ist es glaube ich.

*I: Woran könnte das liegen?*

Frau I: (-Pause-) Na ja, dass man, also ich weiß nicht, ich denke wir haben da so verschiedene Sachen aus dem Auge verloren, einfach. Also ich weiß nicht, man müsste äh. Ich verspreche mir zum Beispiel vom Qualitätszirkel ganz viel. Das die uns ganz einfach wieder auf Sachenbringen oder so, die man schon im Alltag, da darf man nichts verlieren, das ist mir klar, aber das passiert einfach. Also das sind Vorgänge, Abläufe die man mal angefangen hat, und die sich dann eingespielt haben und man kontrolliert oder evaluiert zu wenig. Aber ich, Zeit will ich jetzt gar nicht sagen, aber das im Moment haben wir andere Sachen, wo ich dann auch Prioritäten setze und ich verliere es dann einfach. Das ist schlecht, aber es ist wirklich eine riesen Schwäche.

*I: Und was sind die anderen Sachen?*

Frau I: Na ja, zum Beispiel jetzt Abläufe im zum Beispiel Service-Bereich, da fällt mir so ein, da müsste man jetzt auch mal wieder kucken, wir haben jetzt ja wieder neue Mitarbeiter, da ist es mir so aufgefallen, das wir einfach Sachen machen, ja die man mehr raffen könnte. Da gibt es zwar eine Verantwortlichen und das ist jetzt gelaufen, ein halbes Jahr, und jetzt bei Neueinstellung oder so, da hab ich dann erst wieder mal so gemerkt, ja hier müssten wir noch mal wieder richtig ordentlich durchsprechen. Machen wir auch in der Teamsitzung, also aber wir merken dass zu spät. Wir merken das eigentlich immer erst, wenn es einen Anlass gibt. Man macht nicht zielstrebig irgendeine Verlaufskontrolle, also das haben wir noch nicht. Das wäre aber was, was wir noch mit machen müssten. Egal was wir jetzt anfangen, oder ob ein Briefkasten ist, das man wirklich dann halbjährlich oder vierteljährlich sagt, wie hat das sich bewährt, was fehlt dort, wird es angenommen und so, das haben wir noch nicht.

*I: Und Stärken in der Qualität Ihrer Einrichtung, was könnten Sie dazu sagen?*

Frau I: Stärken der Qualität, also die Pflegequalität jetzt oder wenn das jetzt der Qualitätszirkel, wie auch immer. Ich bin so froh, dass das jetzt losgegangen ist, es war ja nun wirklich lange nichts. Dann ja, dass wir einfach jetzt die Offenheit auch so haben, im Haus. Dass man sich das sagen kann, also ich will jetzt nicht hier, dass ich mich verletzt fühle ohne Ende, wenn ich jetzt gesagt kriege, hier mit dem Briefkasten, bist du abgestorben, oder so. Das finde ich gut, dass wir, dass es irgendwo ein positives, na dass sich niemand da auf dem Schlipps getreten fühlt. Das man sich das sagen kann und dann probieren wir einen neuen Prozess, dann machen wir dann eben so eine Verlaufskontrolle. Also ich sehe da jetzt nicht einen riesen Makel oder so, oder positiv ist eben für mich, dass ich wirklich, dass wir das miteinander besprechen können und das wir miteinander da

arbeiten und dass alle Instrumente, die wir haben, Qualitätszirkel, oder so, na ja dann, ich seh das positiv.

### **Anregungen für Qualitätsentwicklung**

*I: Welche Ziele in Bezug auf die Pflege wollen Sie erreichen, oder sollen erreicht werden?*

Frau I: (-lacht-) Das wir das erste Haus am Platze sind.

*I: Na ja, das ist doch ein hochgestecktes Ziel.*

Frau I: Nee, das wir hier wirklich ähm, Pflegequalität also, das wir die bestmögliche Pflegequalität erreichen, also dass die Leute hier wirklich eins A versorgt werden. Überhaupt keine Fragen, was schon passiert, also dass muss ich wirklich sagen, also da habe ich überhaupt keine Sorge. Aber das es bleibt und oder auch die neuesten Sachen, das sind wir wirklich mit Fort- und Weiterbildung ohne Ende dabei. Also da legen wir auch riesen Wert darauf, das ist auch wichtig. Es gibt zwar jetzt noch so ein paar Sachen, die wir gerade für die dementen Bewohner, wo wir auch im Wohnbereich noch was schaffen wollen, aber ich denke mal wir haben eine super Pflegequalität bis jetzt erreicht und dass die so bleibt, das ist einfach ein Ziel. Und dass sich das, das spricht sich auch rum, also dass wir einfach dort mithalten können, oder besser sind als die anderen. Das ist jetzt marktwirtschaftlich, aber das nun mal so.

*I: Um noch mal auf das Vorhaben mit den dementen Bewohnern zurückzukommen, was wollen sie da speziell machen?*

Frau I: Na ja wir haben noch keine ordentliche Dementenbetreuung. Weil und einfach das Personal noch fehlt oder auch die Ausbildung noch nicht genug ist. Also wir haben jetzt gerade eine, die diesen Geronto-Abschluss hat und da wollen wir also mit Schulung noch intensiv ran oder vom sozialen Dienst die Ergotherapeutin, das die verschiedene Angebote am Nachmittag, am Abend und Nachtkaffee wollen wir noch. Also wir haben schon noch richtige Ziele, die wir machen wollen, aber im Moment haben wir in der ersten Septemberwoche eine Weiterbildung, eine große, wo wir mal alle richtig geschult werden. Und das wird langsam werden, aber ich denke dass wird, da sind wir dran und das ist auch was wirklich für die Bewohner für die Qualität eben.

*I: Was sollte sich für die Zukunft ändern?*

Frau I: (-Pause-) Erst mal das wir flexibel bleiben, also dass wir eigentlich reagieren können, wenn etwas ist. Das machen wir eigentlich schon. Ich muss vielleicht bei mir, dass man doch mal, ja doch ein Stück transparenter wird zum teil. Ich hab manchmal das Gefühl, das wir, wir dreie schon ein bisschen so im Team nur und wenig nach außen, also nu dass rauslassen, was dann wirklich raus soll. Also, was man dann, wir haben da eine Leitungssitzung usw. wie dem ganz kleinen Mitarbeiter, aber wer jetzt fern ist, durch Nachtschicht oder so, oder jetzt auch keinen Kontakt zu mir jetzt hat, auch nicht am Tag, das weiß ich jetzt zwar nicht wie, wie ich das machen soll und das stört mich schon, dass man den dann auch erst nach 14 Tagen erst treffen kann oder sieht, oder eine Reflexion geben kann. Das würde ich mir anders wünschen, aber ich weiß jetzt nicht wie. Aber das mit der Transparenz, wir hatten jetzt auch schon mehrere Sachen, in einer großen Runde besprochen, die dann schon im Haus rumkursiert sind und wir dann gesagt haben, dass machen wir nicht wieder. Also dass wir so Gedanken überhaupt raus geben oder laut äußern, weil das so eine Verwirrung stiftet. Das ging um AVR und Tarif und so

und Urlaubsgeld, Weihnachtsgeld und so Sachen eben. Das, wo ich mir dann auch wieder sage, also einerseits Transparenz, aber andererseits muss man wirklich überlegen, was gibt man schon dem Mitarbeiter preis, ohne dass der sich jetzt verunsichert fühlt. Das ist so ein bisschen eine Gratwanderung, wo ich sage entweder man bleibt so ein Stückel für sich, und schmiedet so seine Pläne und Ideen und man bezieht eben jetzt die Mitarbeiterschaft nicht ein, wo das schon, ich weiß nicht wie ich das jetzt sagen soll. Manchmal wünschte ich mir schon mehr, dass man mehr Nähe hätte oder dass man eben die Mitarbeiter mehr einbeziehen könnte. Obwohl wir auch Ideen und so, das kommt auch vor, das sagen sie auch und das machen wir auch. Aber manche Situationen doch, da denke ich mir schon, da ist man mehr außen als Mitarbeiter, aber ich wüsste jetzt nicht, wie ich es ändern sollte.

*I: Das wäre meine letzte Frage gewesen, wie könnte man das konkret umsetzen?*

Frau I: Nee, keine Idee, wirklich weil die Strukturen jetzt so, laufen schon gut. Also wie gesagt mit der Nähe, das wüsste ich jetzt nicht wie. Ich hätte jetzt aber auch keine Veranlassung jetzt so, dass man jetzt gewaltig was ändern müsste. Also ich denke so von der Struktur her, ist es schon in Ordnung. Ja.

*I: Und grundsätzlich, was wünschen Sie sich für die Zukunft, was sollte sich vielleicht ändern oder worauf könnte man hinarbeiten?*

Frau I: Im Haus jetzt, meinen Sie?

*I: Ja fürs Haus.*

Frau I: Also dass sich das alles festigt, würde ich mal denken, also wir als Team. Also wir haben jetzt laufend neue Mitarbeiter und das ist auch eine Unsicherheit. Es ist zum Beispiel bis zum Jahresende noch eine Unsicherheit im Haus da. Wir haben also zweimal befristete Arbeitsverträge, seit zwei Jahren gibt es und ja und bis Jahresende haben eigentlich alle Angst, dass sie nicht übernommen werden. Wir können das aber noch niemandem mitteilen. Wir haben uns aber auch schon mal besprochen, wer hier eventuell jetzt nicht übernommen wird. Aber die Angst haben alle Mitarbeiter erst mal und dass wäre mir ganz wichtig, dass wir dass zum Jahresende, also wenn dann feststeht, wen wir dann übernehmen, das die Angst dann vorbei ist. Weil ich denke schon, manches passiert wirklich noch, um sich noch ähm, Aktivitäten jetzt von Mitarbeitern die sie jetzt vielleicht sonst nicht so machen würden, nur um den Arbeitsplatz zu behalten. Das klingt jetzt ganz blöd, das ist auch nicht so, aber da weiß ich immer nicht, bei manchen Mitarbeitern, und der Herr J auch, wir wissen nicht, ob das jetzt ehrlich gemeint ist, ob das jetzt wirklich auch später auch weiter so sein wird. Oder ob das jetzt nicht einfach aus der Situation heraus, dass einfach Ende August irgendwann jetzt jemand zum Arbeitsamt sich melden muss, weil er Oktober aufhören muss oder November, Dezember. Und die Unsicherheit, das würde mich sehr, wenn das mal aufhören würde, das wir dann ein Stückel eine Harmonie drinne haben, ohne Angst. Ich kann die Angst denen nicht nehmen, das ist da. Ich hab 100-mal gesagt, ihr müsst nicht weg, der wird übernommen, das ist kein Thema, wir haben jetzt wirklich nicht so Not. Also da ... Arbeitet einfach so wie ihr arbeitet und gut. Aber es ist trotzdem da.

*I: Müssen Sie die Entscheidung treffen?*

Frau I: Ja und wir haben sie auch schon getroffen. Also das hat sich herauskristallisiert aus vielen Vorgängen mit dem Wohnbereichsleiter zusammen, zum Beispiel letzten Donnerstag haben wir das festgelegt. Das sind Situationen gewesen wo also, bei zwei Mitarbeitern, die das aber wirklich das noch nicht wissen. Ich denke die ahnen das schon, aber weil es einfach, es sind eben Pflegefehler passiert. Aber alle anderen machen sich genauso einen Kopf, das ist es so was mich im Moment so bedrückt.

*I: Haben Sie eine gewisse Anzahl an Mitarbeitern, die sie nur beschäftigen dürfen, vorgeschrieben?*

Frau I: Ja, wir haben einen richtigen Stellenschlüssel und Wirtschaftsplan.

*I: Und was wünschen Sie sich persönlich?*

Frau I: (-lacht-): Gesundheit sowieso. Also auch wirklich für die Einrichtung, dass es immer so bleibt, ich finde das wirklich gut, was wir bis jetzt, den Weg den wir genommen haben, auch in der Kürze der Zeit. Also dass wir wirklich hier eine Einrichtung von wirklich Null aufgebaut haben, auch mit den Strukturen, trotz Verbesserungswürdigkeit sicher, aber ich denke es sind keine schlechten. Ich denke so funktioniert es schon. Ja doch die Offenheit das Team, was wir hier so sind, doch auch alle, also die Mitarbeiter, ich denke die fühlen sich hier schon wohl aufgehoben auch. Und wir versuchen es wirklich auch, da auch, persönlich da jeden einzubinden, da leidet man auch schon mal mit jedem mit. Wenn ein Kind ins Krankenhaus geht und wir haben jetzt auch eine Mutter mit Zwillingsg Geburt und da ist das eine Kind gestorben. Das war ganz schrecklich für alle, wir konnten wirklich gar nicht mehr arbeiten, als wir das gehört haben. Wir sind dann alle mit zur Beerdigung, weil das erste Kind, es hat neun Stunden gelebt und es ist dann eben schon im sechsten Monat ganz schlimm gewesen. Das war eine Schwester von uns und die wird auch wieder kommen. Ich hab zwar gerade erfahren, dass wir noch zahlen bis ewig das volle Gehalt, was uns wieder abnippelt. Trotzdem haben wir dann alle Mitarbeiter, haben uns zusammengesetzt, was wir dann machen und wir laden sie ein und haben auch die Beerdigung gestaltet. Also ich sag mal so, man macht dann ganz viel also für die Mitarbeiter. Das will ich auch, dass das weiter so bleibt, also diese Wärme die ist da, und Gespräche ohne Ende. Herr J führt jeden Tag drei Gespräche mit Mitarbeitern. Ich finde das super gut und da kommen auch Sachen zu Tage, und ich finde das, wenn das so weiter geht. Also wir sind eigentlich relativ human im Gegensatz zu anderen Heimen, was ich da jetzt auch so gehört habe, wo es richtig knallhart zu Sache geht oder in Pflege regeln und so. Das machen wir alles so noch nicht, das will ich auch nicht, aber. Irgendwo dass wir, nee es ist schön, also wenn das so bleiben könnte.

*I: O. K. ich danke Ihnen vielmals für dieses interessante Gespräch.*

**Interview Nr. 02: I (Interviewer), Herr J (interviewter Mitarbeiter)*****Berufsbiographische Angaben***

*I: Ich danke Ihnen, dass Sie sich bereit erklären, mit mir dieses Interview zu führen. Ich möchte Ihnen zum Anfang einige Fragen zu Ihrer Person und zu Ihrem Beruf stellen.*

*I: Wie alt sind Sie?*

Herr J: 40.

*I: Wie sind Sie zu diesem Beruf gekommen?*

Herr J: Gesundheits- und Interessenbedingt. Ich war als Kind Asthmatiker und hab auf dem Bau Zimmerer gelernt und hab 7 Jahre als Zimmerer gearbeitet und hab dann aus gesundheitlichen und Interessensgründen umgeschult auf Altenpflege.

*I: Welche Ausbildung haben Sie gemacht?*

Herr J: Ich hab 3 Jahre Altenpflegeausbildung gemacht.

*I: Welche Entscheidung führte dazu diesen Beruf auszuüben?*

Herr J: Eine der Hauptentscheidungen war eigentlich die Lust zu diesem Beruf, weil der Zimmerer-Bauberuf nicht mein Wunschberuf war.

*I: Warum sind Sie in dieser Einrichtung tätig?*

Herr J: Weil ich mich eigentlich mit einer kirchlichen Einrichtung gut identifizieren kann und selber gläubig bin und da es natürlich in meiner Wohnortnähe ist.

*I: Waren Sie bereits in anderen pflegerischen Zusammenhängen tätig?*

Herr J: Ich hab teilweise in einem ambulanten Pflegedienst gearbeitet, nebenbei, der von unserer eigenen Einrichtung in B. betrieben worden ist.

*I: Wie lange sind Sie jetzt hier tätig?*

Herr J: 2 Jahre.

***Fragen zur Bedeutung des Qualitätsmanagements und den Zielen der Arbeit: Stellenwert des Qualitätsmanagements***

*I: Was am Qualitätsmanagement ist für Ihre Einrichtung wichtig?*

Herr J: Gleicher Standard, einen gleichen Standard zu erreichen eigentlich für die Tätigkeiten. Mängel aufdecken zu können, überhaupt und abstellen zu können, Schwachstellen. Eine Motivation der Mitarbeiter zu erreichen, indem man einfach auch äh ernst genommen werden, damit um belebt und Erfolgserlebnisse schafft. Und natürlich im Endeffekt eine bessere Organisation fürs Haus und somit eine bessere Pflegequalität und Servicequalität für die Bewohner zu erreichen. Und auf jeden Fall auch noch, was mit der Organisation des Hauses dann als Folge zusammenhängt eine höhere Mitarbeiterzufriedenheit.

*I: Welche Probleme sehen Sie im Zusammenhang damit?*

Herr J: Auf jeden Fall zum Teil erst mal ein zeitliches Problem in der Organisation des Qualitätsmanagements und sicher inhaltliche Probleme bei der Lösung einzelner Dinge.



*I: Und wie könnte man den Problemen entgegentreten oder sie lösen?*

Herr J: Mit einer guten Zusammenarbeit und Einbeziehung der anderen Bereiche eigentlich in die Problemlösung. So dass es keine Alleingänge werden, sondern möglichst breit gefächert, um auch die Ressourcen der anderen Mitarbeiter nutzen zu können.

*I: Das betrifft das zeitliche Problem, was Sie ansprachen, oder?*

Herr J: Das betrifft auch das inhaltliche Problem, weil natürlich der Mitarbeiter, der mit einer Problematik arbeitet am weitesten in der Materie steht und nicht der Leiter, oftmals. Also es ist ja oftmals so, dass der Mitarbeiter, bei dem irgendwie ein Problem auftaucht oder ein Mängel oder der so was erkennt, oftmals den Lösungsansatz schon hat. Den der Leiter nicht unbedingt hat, weil im großen Gefüge der Detailüberblick verloren geht. Oder die Kompetenz zum Teil manchmal überhaupt manchmal fehlt.

*I: Vom Leiter oder vom Mitarbeiter?*

Herr J: Vom Leiter. Also die Kompetenz im Detail, als Beispiel, wenn eine Heimleiterin keine pflegerische Ausbildung hat, wird sie in pflegerischer Sache nicht perfekt sein, kann sie gar nicht. Das ist nicht unbedingt ein Mangel an Qualifikation ist, sondern das ist nicht unbedingt ihr Bereich, wo sie bis ins i-Tüpfelchen topp sein muss.

### ***Stellenwert und Ziele der Arbeit***

*I: Was ist Ihnen als Person an ihrer Arbeit wichtig?*

Herr J: Für mich? Auf jeden Fall eine Vorbildwirkung ist mir ganz wichtig, die irgendwo dann motivierend sein soll. Ein sauberes und freundliches Auftreten. Ein Stück natürliche Freundlichkeit den Mitarbeitern gegenüber genauso wie den Bewohnern gegenüber. Das sind so, Eigen- und Selbstdisziplin, das sind so Dinge für mich die ganz hoch angesiedelt sind.

*I: Was ist das Ziel Ihrer Arbeit als Leitungskraft?*

Herr J: Die Arbeitsabläufe und Zustände im Haus so zu gestalten, die Bedingung, dass die Mitarbeiter problemlos ihre Arbeit machen können. Das ist unser Hauptziel, Interesse.

*I: Können Sie das ein bisschen näher erläutern?*

Herr J: Ziele meiner Arbeit? Hilfe in Notsituationen zusammenzukriegen, ist ein Ziel, für die Pflege, was ich unbedingt so hoch ansiedele, Motivation des Teams ist jeden Fall ein großes Ziel.

*I: Was heißt denn für Sie Notsituation? Was meinen Sie damit?*

Herr J: Ganz praktisch, wenn jemand gestürzt ist einzuspringen. Pflegerische Tätigkeiten an, an Engstellen, die einfach durch den Personalschlüssel auftreten, dem wir unterlegen sind. (-Pause-) Ziele meiner Tätigkeit? Einfach eine, denke mal, eines der Hauptziele ist einen reibungslosen Organisationsablauf zu gewährleisten. Also, auch auf, verwaltungsmäßig Gebiet, und aufs Qualitätsmanagement bezogen. Und dann ist eines meiner Ziele sicher auch noch, den Mitarbeitern Dinge transparent rüberzubringen, die sie aus ihren Blickwinkel vielleicht nicht so, so erkennen können. Also etwas, größer, betriebswirtschaftlicher zu sehen. Eine Transparenz des Unternehmens rüberzubringen und unsere Pflege zu erfüllen denke ich, ist ein ganz großes, großes Ziel. So dass ich durch die Transparenz, irgendwo, die Motivation und ein Mitgehen ermöglichen kann, der Mitarbeiter. Ein Ziel

meiner Arbeit ist natürlich auch darüber zu wachen, dass die Mitarbeiter mit den Bewohnern ordnungsgemäß freundlich, weltoffen umgehen und eine ordentliche Pflege liefern, also auch eine Kontrollfunktion auf jeden Fall.

### ***Ziele des Qualitätsmanagements***

*I: Was ist das Ziel des Qualitätsmanagement aus Ihrer Sicht?*

Herr J: Das hatten wir schon. Das fällt mir schwer zu, zur ersten Frage zu ... Was ist die erste Frage?

*I: Was ist wichtig am Qualitätsmanagement der Einrichtung?*

Herr J: Transparenz! Die Mitarbeiter müssen sehr gut informiert werden über, über das Qualitätsmanagement, über die Arbeit des Qualitätsservices und einfach um auch wieder das mit tragen zu können, wieder um Motivation zu schaffen, das halte ich schon für sehr wichtig. Und eine konsequente Umsetzung der beschlossenen Dinge, ist ein wichtiger Faktor des Qualitätsmanagements, eine zeitliche Nähe der Umsetzung zu den Beschlüssen. Was ist denn noch wichtig ...

*I: Woran würden Sie Qualität in der Pflege und Betreuung festmachen?*

Herr J: Auf jeden Fall an der Zufriedenheit der Bewohner und an der Erfüllung der verabredeten und Einhaltung der verabredeten Fragen und Regeln. Und auf jeden Fall auch an der Zufriedenheit der Mitarbeiter, an deren Motivation.

*I: Spezieller!?*

Herr J: Am geringen Krankenstand (-lacht-), der ein Stückweit auch aus der Motivation heraus kommt, speziell daran kann man es festmachen? Also Ziel ist auf jeden Fall ja dort, dass man gern auf Arbeit kommt, dass man dem Leistungsdruck gewachsen ist, und das Qualitätsmanagement die Organisiertheit der Tätigkeiten, den Mitarbeitern einfach hilft, ihre Tätigkeit reibungslos und gern zu machen und. Was war die Frage? (-lacht-)

*I: Woran machen Sie die Qualität in der Pflege und Betreuung fest?*

Herr J: Auf jeden Fall sicher an auftretenden Fehlern noch. Das wir also sich selber merken wo Strukturen oder eine Durchführungssache nicht stimmen.

*I: Und spezieller in Bezug auf die Bewohner, was sie jetzt sagten, die Bewohnerzufriedenheit!?*

Herr J: Die Bewohnerzufriedenheit ist sicher hoch angesiedelt, aber kann nicht für alles als Maß, als Maß der Dinge angesehen werden. Dann würde man wahrscheinlich das Ziel zu hoch gesteckt haben, weil wir nie in der Lage sind, jedem Bewohner alle Bedürfnisse zu befriedigen. Dann stimmt was in der Zielstellung nicht. Ich kann mich darum bemühen es hinzukriegen. Das ist aber nicht unbedingt ein Makel, sehe ich nicht unbedingt als Makel, wenn bestimmte Bewohner, Bewohnern bestimmte Bedürfnisse nicht befriedigt werden können. Aber wichtig dafür, finde ich einfach, ist ein offener Umgang auch mit den Bewohnern, dass man den Bewohnern darlegt, was ist in so einer Institution machbar. Was ist für das Geld was der Pflegesatz kostet machbar? Und Ähnliches, denke ich, kann auch auf die Mitarbeiter beziehen. Was ist machbar? Und was ist nicht machbar? Und wie kriege ich, das ich eben versuche unsere Mitarbeiter dahin zu kriegen, das Sie durch, das Wissen und die Rahmenbedingungen und die Umstände einfach Zufriedenheit

herausschöpfen und Motivation, die Tätigkeit unter den Bedingungen durchführen zu können.

### **Anzeichen von Qualität**

*I: Was macht eine gute Pflege und Betreuung aus?*

Herr J: Eine gute Arbeitsorganisation, auf jeden Fall. Wieder ein großes Stück Zufriedenheit des Bewohners und die Zufriedenheit des Mitarbeiters. Fühlt sich der Bewohner rundherum gut versorgt? (auch im Sinne der Dienstleistung und der Ganzheitlichkeit) Geht es ihm psychisch, seelisch und geistig gut? Ist der Mitarbeiter in der Lage das Gesamtkonzept des Hauses mitzutragen und auch die Rahmenbedingungen? Das ist für uns, mich wichtig. Ich denke das macht sehr viel aus. Die Frage war jetzt, „Eine gute Pflegequalität“?

*I: Was macht eine gute Pflege und Betreuung aus? Was würden Sie sagen, ist ein Kennzeichen für eine gute Pflege und Betreuung?*

Herr J: (-Pause-) Zufriedene Bewohner hatten wir schon gesagt. Wenn er sich seiner Bedürfnisse befriedigt fühlt....

*I: Na gut. Dann frage ich Sie, was würde eine schlechte Pflege und Betreuung ausmachen?*

Herr J: Wo würde man, sagen wir mal „großen Personalmangel“ einordnen? Gibt es da noch eine andere Frage dazu, oder eher dort? Na ja, es ist wohl eher irgendwo die Struktur.

*I: Ja. Sie können ja etwas dazu sagen, zum Personalmangel.*

Herr J: Wenn man hinterfragt, was macht eine gute Pflege und Betreuung aus, dann muss ich natürlich der Ehrlichkeit halber, muss man sicher sagen, dass die gute Betreuung, oder nach unseren Bedürfnissen der Bewohner gute Betreuung, eine bestimmte Anzahl an Mitarbeitern erfordert. Wenn ich die unterschreite, kann ich eine bestimmte angedachte Qualität nicht bringen. Demzufolge auch, wird auch mein Ergebnis in Form von Zufriedenheit und Pflege nicht optimal sein. Also ist das auf jeden Fall ein Punkt, der hier erwähnenswert ist.

*I: Und wie würden Sie das dann ändern, um mittels einer Verbesserung des Personalschlüssels eine gute Qualität in der Pflege zu erreichen?*

Herr J: Also ein Element ist auf jeden Fall, Dienstzeiten zu hinterfragen und Druckzeiten zu hinterfragen.

*I: der einzelnen Mitarbeiter?*

Herr J: Nein, doktiv sich selber. In dem man analysiert, wann sind vom Arbeitsaufwand und den Bedürfnissen der Bewohner her die größten Druckzeiten und wie viel Personal brauche ich, um den anfallenden Arbeitsaufwand in der Zeit zu bewältigen. Im selben Atemzug zu gucken, wann ist weniger Druck und gibt es die Möglichkeit, dort mit weniger Personal zu hantieren, um einfach wirtschaftlich zu arbeiten.

*I: Woran erkennen Sie, dass ein Mitarbeiter gut pflegt?*

Herr J: Wiederum an der Zufriedenheit des Bewohners, ein Stück weit, und auf jeden Fall natürlich am äußeren Erscheinungsbild des Bewohners.

*I: Können Sie das beschreiben?*

Herr J: Ob er gesund ist, aber das ist natürlich relativ zu betrachten. Da ja normale Krankheiten, die altersbedingt sind, nicht auf die Pflege unbedingt ursächlich zurückzuführen sind. Aber ein bestimmter Prozentsatz ist es sicher, was Druckstellen, Mobilisation, oder ähnliche Dinge betrifft. Zustand der Haut, und so was.

*I: Woran würden Sie erkennen, dass ein Mitarbeiter beispielsweise schlecht pflegt? Woran erkennen Sie das genau?*

Herr J: Dafür ist eigentlich mein Controlling da. Also, sprich meine eigene Kontrolle die Aussagen anderer Mitarbeiter, und natürlich am Erscheinungs- und Zufriedenheitszustand des Bewohners.

***Fragen zu Situationen und Verhaltensweisen von Personen an denen Qualität sichtbar wird: Beschreibung positiver critical Incidents***

*I: Können Sie eine Situation beschreiben aus dem Arbeitsalltag der Mitarbeiter, die beispielsweise in den letzten Tagen passiert ist, oder gestern, wo Sie konkret sagen können, da hat ein Mitarbeiter gut gepflegt, das sind unsere Vorstellungen und Ziele des Hauses gut umgesetzt worden? Eine konkrete Situation aus dem Arbeitsalltag im Zusammenhang mit Bewohnern.*

Herr J: Hm, gut die Pflege, was Sie jetzt abfragen, ist ja eigentlich der Alltag.

*I: Genau! Eine Alltagsituation, die Ihnen einfällt. Sie gehen vielleicht mit hoch Mittagessen reichen und sehen da eine Situation, die war jetzt super, das war eine schöne Situation und hat mir gut gefallen was da ein Mitarbeiter im Zusammenhang mit einem Bewohner getan hat und wie er sich ihm gegenüber verhalten hat. Können Sie sich da an eine Situation erinnern?*

Herr J: Eine Tägliche Situation? Da weiß ich gar nicht, wie ich das jetzt am besten rüberbringe. Wir hatten also erst kürzlich eine Situation, dass eine Bewohnerin sehr unzufrieden war und ungehalten über eine bestimmte Thematik, und die Mitarbeiterin ein Stückweit das Ventil für den Frust war und dort sehr gefühlvoll auf die Bewohnerin eingegangen ist und versucht hat, Sie zu validieren, weil sie eine mittlere Demenz hat, als Krankheitsbild, und man gemerkt hat, dass doch unser Schulungsansatz von uns und den Mitarbeitern auch umgesetzt werden kann, sich auf die Ebene des Dementen zu begeben. Und dort das validierende Gespräch zu führen, und in dem Gespräch die Bewohner aus der Situation herauszuführen, aus der für den Bewohner schlimmen Situation. Also das habe ich erst kürzlich erlebt und das war eine ganz angenehme Sache.

*I: Also die auch für Sie positiv war?*

Herr J: Wo man einfach merkt, dass da eine fachliche Kompetenz bei der Validation da ist, die den Bewohner aus der für ihn unangenehmen Situation raus führt. Und dort auch ein Geländer gibt. Und das bestätigt mir natürlich, dass Stück Qualifikation und Kompetenz, die wir rübergekliegt haben durch unsere Lehrgänge und Schulungen.

*I: Wie hat sich die Mitarbeiterin konkret so verhalten, in diesem Fall?*

Herr J: Auf jeden Fall ist Sie sehr ruhig auf die Bewohnerin eingegangen, hat nicht emotional reagiert, hat im ersten Teil durch aktives Zuhören die Bewohnerin bestätigt, also der das Gefühl der Wertschätzung vermittelt und die Bewohnerin gleich das Gefühl

gekriegt hat erstgenommen zu werden, und dann hat sich die Mitarbeiterin auf die geistige Ebene der Dementen begeben und hat wirklich versucht, durch das Aufgreifen der Thematik Kindergarten, die Bewohnerin wollte da Ihre Tochter aus dem Kindergarten holen, hat Sie die Thematik aufgegriffen und versucht, über die Validation, als sprich, zu sagen, die Wertschätzung sagen: Schweres Arbeitsleben gehabt, Kinder groß gezogen, sehr viel Gutes an den Kindern gemacht, und hat im Prinzip die Bewohnerin dadurch rausgeführt aus der Thematik, die bestand: „Ich will weg, mein Kind aus dem Kindergarten holen!“ Wenn das gelingt, dass man über die Schiene Wertschätzungen, Arbeitsleben, Kindergroßziehen, Leute aus der Krisensituation: „Ich will weg, mein Kind holden!“ herauskriegt, dann ist das ein schöner Erfolg! Das ist Ihr in dem Fall gelungen, so dass Sie am Ende die Bewohnerin zu einem ganz anderen Thema geführt hat.

*I: Was war das für ein gutes Ergebnis, speziell für diese Situation?*

Herr J: Ergebnis war, dass die Mitarbeiterin die Bewohnerin bewegen konnte, zum Kaffeetrinken zu gehen, Sie aus der Situation herausbringen konnte, Sie ein ganz anderes Thema hatte. Also ein Stück Zufriedenheit und Ruhe für die Bewohner zu bringen.

### ***Beschreibung negativer critical Incidents***

*I: Können Sie sich jetzt an eine Situation erinnern, die eher nicht positiv war, die Sie bemerkt haben, wo ein Mitarbeiterschlecht gepflegt hat oder sich schlecht gegenüber einem Bewohner verhalten hat. Bitte schildern Sie diese Situation.*

Herr J: Also z.B. war vor mehreren Tagen eine Situation: Ein Bewohner was kritisiert hat, aus seiner Sicht objektiv, aus unserer Sicht war es eine Fehlwarnehmung von ihm. Und die Mitarbeiterin aber dann recht barsch auf ihn reagiert hat und sich zu unrecht angegriffen gefühlt hat, von dem Bewohner. Und da sie eine stattliche, große Statur darstellt, ist, hat (-lacht-), ist Sie auf Ihn zugegangen und hat ihm recht rau klargemacht, dass er dort wahrscheinlich einer Falschwahrnehmung unterliegt und die Situation anders sei, als er sie eingeschätzt hat. Und die Emotion, die in dem Gespräch lag, das ist eigentlich das Unschöne gewesen. Nicht unbedingt der Inhalt. Der Bewohner ist nicht dement. Mit Ihm könnte man sicher über das Inhaltliche diskutieren, aber es fehlte ein Stück die Wertschätzung, dem Bewohner gegenüber und die Mitarbeiterin hat Ihren Emotionen ein Stückweit nicht unter Kontrolle gehabt. Sie hat Ihn nicht angeschrien, aber man hat auf jeden Fall gemerkt, der emotionale Türöffner für die Kommunikation hat gefehlt indem Sie in einer falschen Weise auf die Kritik reagiert hat. Und somit war dann auch inhaltlich nicht viel zu machen, im Gespräch. Da sich der Bewohner sich dann auch emotional verhalten hat und eine Gesprächslösung eigentlich nicht da war. Eine Problemlösung nicht da war.

*I: Wie hätte Sie sich verhalten sollen? Was zeichnet Wertschätzung gegenüber Bewohnern aus?*

Herr J: Ein Stückweit würde ich denken, mal inne halten und zuhören was der andere sagt, und aushalten, dass man einfach sich selber eine Weile Zeit gibt, um eine Situation möglichst objektiv einzuschätzen. Dort liegt für mich ein großes Stück Kompetenz. Dass man also nicht sofort und emotional reagiert, sondern sich selber ein Stück Zeit lässt, auszuhalten, mal zuzuhören, ohne seine Wahrnehmungen gleich entgegenzustellen oder emotional zu reagieren. Seine eigenen Gefühle im Prinzip ein Stückweit im Griff haben,

das ist für mich Kompetenz. Wobei ich dort einfach dazusagen möchte, dass ich schon wertvoll finde, wenn auch ein Mitarbeiter seine Gefühle mal äußert. Aber er muss einen Weg finden, dass es der andere annehmen kann. Es darf zwar nicht emotional kommen, aber es sollte ruhig mal, auch ein Mitarbeiter sollte sich mal öffnen können, gefühlsmäßig. Auch gegenüber Bewohnern. Weil, wir ja, durch unseren Pflegealltag ein Stück mit den Menschen leben. Gemeinsam ein Stück mit den Menschen leben. Und da denke ich, ist das für die Beziehungspflege, für die Mitarbeiter und auch auf jeden Fall für die Bewohner wertvoll, wenn sich der Mitarbeiter ein Stück weit öffnet.

*I: Und wie sollte er das machen?*

Herr J: Er darf seine Gefühle verbalisieren, aber er darf nicht ausrasten. Er soll ruhig sagen, „mir geht es schlecht dabei“, „es tut mir weh, wenn Sie mich so angreifen“, aber er darf dem anderen auf keinen Fall sagen, „Sie spinnen ja!“ oder „Das ist anders.“ Denn dort liegt ein Stück Wertschätzung. Wertschätzung ist für mich auch, seine eigenen Gefühle darzulegen, zu verbalisieren.

*I: Was war das Ergebnis dieser Situation mit dem Bewohner?*

Herr J: Bewohner und Mitarbeiter sind frustriert auseinander gegangen. Der Bewohner hat sich bei der Heimleitung beschwert, über dieses Gespräch. Und danach gab es natürlich ein Folgegespräch. Für beide Seiten. Auf jeden Fall ist die Kritik des Bewohners ernst genommen worden und die Mitarbeiterin gebeten worden, ihre Sichtweise darzulegen und es ist vermittelt worden dass Bewohner und Mitarbeiterin dann noch mal die Gelegenheit hatten miteinander zu sprechen und die Sache so zu bereinigen das beide Seiten gut befriedigt raus gegangen sind.

*I: Könnten Sie noch eine dieser Situation oder eine positive Situation die im Alltag aufgetreten ist beschreiben?*

Herr J: Also was immer ganz toll ist und was mir aufgefallen ist z.B., dass auch manchmal Menschen eben durchaus in der Lage sind adäquat und kompetent zu reagieren, die es nicht unbedingt auf der Schulbank gelernt haben. Also so das wir eine FSJ-lerin hatten, die erst ganz wenige Tage da war und den Bewohner zu einer Ausfahrt fertig gemacht hat und den ins Foyer setzen sollte, das er dort wartet bis die anderen Bewohner kommen und die dann zu der Ausfahrt starten können. Und da ist mir ein ganz kleines Detail aufgefallen, wo ich mich eigentlich sehr gefreut hatte, dass das Mädels, was das nie gelernt hatte, im Prinzip gemerkt hatte, der Bewohner sitzt alleine da und es gesehen hat, es ist wertvoll für den Bewohner ihm irgendetwas anzubieten. Sie hat im Prinzip ein Getränk angeboten und hat ihm etwas zu lesen hingelegt und das fand ich in diesem Moment ganz toll und das habe ich ihr auch gesagt. Weil ich wusste, dass hat die so kurz wie sie da war nie gelernt. Es war nicht zu erwarten gewesen das sie Kompetenz besitzt ihn nicht nur dort hinzusetzen, sondern denjenigen was zu trinken anzubieten und zu erkennen das er dort alleine sitzt und er hat vielleicht das Bedürfnis irgendwie nach Beschäftigung oder nach einer netten Geste. Das war für mich die nette Geste. Was ein ganz kleines Detail war aber was ich als menschlich und auch fachlich ganz als kompetent empfand.

*I: Und was war das Ergebnis dieser Situation?*

Herr J: Derjenige hat sich gefreut und hat sich nicht gelangweilt und dann haben wir immer die Problematik je weiter die Demenz der älteren Menschen fortgeschritten ist, ist

auch unter Umständen die Gefahr da, des Davonlaufens. Dass das junge Mädel erkannt hat, ich banne hiermit die Gefahr, dass der alleine aufsteht und wegläuft; eine Dame war das indem ich ihr was zu trinken hinstelle und sie mit einer Zeitschrift beschäftige und was anbiete. Da ist die Wertschätzung drin und die Beschäftigung drin und die Gefahr auch ein Stückweit zu mindern, dass der Bewohner aufsteht und alleine wegläuft. Das war für mich ein kleines aber sehr positives Erlebnis.

***Fragen zur Qualität in der Einrichtung: Einschätzung der Pflegequalität in der Einrichtung***

*I: Zum Abschluss noch einige Fragen zur Qualität in der Einrichtung und was Sie sich für die Zukunft wünschen. Wie schätzen Sie die Qualität in ihrer Einrichtung ein?*

Herr J: Ich schätze die pflegerische Qualität, die Pflegequalität der Einrichtung als sehr hoch ein, eigentlich zu erkenne an extrem wenigen Dekubitussachen, Wundstellen u.ä., zu erkennen am äußeren Erscheinungsbild der Bewohner, die einen gepflegten und sauberen Eindruck machen und durchaus auch zu erkennen an der Zufriedenheit der Bewohner, was die Körperpflege angeht. Wo es aber auf jeden Fall auch immer Dauerproblematiken gibt, wo man daran arbeiten muss, die Mitarbeiter zu sensibilisieren, sind trotzdem Dinge der Lagerungen, der Körperlagerung, Dinge der Ernährung, des Flüssigkeitsdefizits, das sind so Dinge die wir insgesamt gut im Griff haben, wo man aber merkt das sind Dauerthemen, die man eigentlich immer wieder sensibilisieren muss, damit sie nicht verflachen. Soweit vielleicht zum pflegerischen. Und die Betreuungsqualität ist die Einrichtung im Prinzip im Moment im Wechsel von einer Ergotherapeutin, die aus Krankheitsgründen ausscheidet zu einer neuen Beschäftigungstherapeutin, die das mit sehr viel Engagement macht und mit Liebe und man merkt in der Konsequenz dessen, dass unsere Bewohner, dass unsere Bewohnerbetreuung deutlich wieder steigt, nachdem es dort Mängel und Defizite gab. Unsere Betreuungsqualität würde ich jetzt so einschätzen, dass man sagen muss wir sind auf einem Weg einer Steigerung. Wo es aber durchaus Mängel gibt. In der Nachmittagsbetreuung, Einzelbetreuung und in der Abend- und Nachtbetreuung, einzelner Bewohner oder Bewohnergruppen, speziell der Demenzerkrankten.

*I: Und wie wollen Sie das ändern? Oder wie wollen Sie das in den Griff bekommen?*

Herr J: Also strukturell haben wir natürlich jetzt einige 1-Euro-Jobber, die uns dort sehr massiv unterstützen, merklich helfen, und in dem einfach von der Struktur her jetzt die neue Ergotherapeutin ein höheres Stundenbudget erhält, von dem freiwerdenden Stunden der anderen Dame, die ausscheidet. Das ist jetzt erst im Gange.

*I: ... und sich dadurch mehr um die Bewohner kümmern?*

Herr J: ... daher einfach mehr zeitliche Freiräume schaffen kann. Bewohner in Einzelbetreuung zu betreuen und auch in Gruppenbetreuung mehr Angebote zu machen. Und als Langziel würde ich gerne mal für uns formulieren, mehr bedürfnisbezogene Betreuungsangebote zu machen. Also nicht pauschale Angebote, ich mache ein Angebot und sie als Bewohner haben das zu nehmen, oder nicht, sondern mehr, welche Bedürfnisse haben die Bewohner, die ich jetzt vor mir sitzen habe und was kann ich für sie machen.

*I: Haben Sie da ein Beispiel, zu Pauschalangebot und beispielsweise für so ein bedürfnisorientiertes Angebot?*

Herr J: Das Pauschalangebot zum Beispiel eine gymnastische Aktivität oder ein Sitztanz. Und das bedürfnisbezogene Angebot wäre, wenn man gezielt eine Gruppe; hat mehrere Bewohner; und die Bewohner haben verschiedene Angebote und uns gelingt es zu sagen wer gerne Handarbeiten macht, macht in der Gruppe gerade die Handarbeit, wer gerne Spiele macht, macht grad das Spiel und ähnliche Dinge. Also so, dass ich also vom Pauschalangebot auf das bewohnerbezogene, bedürfnisbezogene Angebot wirklich komme, ist wäre so das Ziel. Und das gelingt mir aber eben oftmals nur mit einer höheren Personalintensität, weil ich dann keine große Gruppe nehmen kann. Je größer die Gruppe, umso schwerer wird es, ein bedürfnisbezogenes Angebot zu bringen.

*I: Und deswegen bräuchten Sie mehr Personal?*

Herr J: Mehr Personal. Dort müsste ich mehr personell aufstocken können. Was uns zum Teil gelingt mit den 1-Euro-Jobbern. Dann merkt man sofort, dass man kleingliedriger gruppieren kann und mehr bedürfnisbezogene Angebote machen kann.

*I: Können Sie Stärken nennen bezüglich der Qualität ihrer Pflege?*

Herr J: Eine Stärke, denke ich, ist auf jeden Fall mittlerweile ein gutfunktionierendes Kommunikationssystem, Leitung – Pflege – und andersherum. Pflege - Leitung -, Mitarbeiter - Leitung. Und innerhalb der Pflege ist das Kommunikationssystem auch recht gut, so dass man wirklich wichtige Informationen übergeben bekommt und selber übergibt und die Kommunikation innerhalb der Leitung ist auch sehr ausgeprägt und gut, was wir eigentlich ein Stück weit gut der Kleingliedrigkeit des Hauses zu verdanken haben. Also je größer die Einrichtung, desto komplizierter werden kommunikative Vorgänge.

*I: Und was würden Sie als Schwäche ansehen?*

Herr J: Im Moment denke ich auf jeden Fall eine reine quantitative Schwäche, also zu wenig Pflegestellen für den Anfall an pflegerischen und verwaltungstechnischen Arbeiten. Ein noch dicht ausgebautes System an ehrenamtlichen Mitarbeitern, das wäre auch ein großes Ziel für die Zukunft – und das ist einfach nicht da.

*I: Wie wollen Sie das erreichen oder wie können mehr ehrenamtlich Mitarbeiter bekommen, und die Pflegestellen aufstocken?*

Herr J: Dafür gibt es, also die Pflegestellen und das sind zwei Themen. Mehr Pflegestunden kriegt man, in dem man einfach die Mitarbeiterkopfzahl erhöht, die Menge der Arbeitsstunden pro Mitarbeiter senkt. Das hat den Vorteil, dass man mehr Mitarbeiter bekommt, die Mitarbeiter, die im Dienst sind, mehr frei kriegen um sich Erholungsphasen zu gönnen, hat aber den Nachteil, dass die Bewohner, wenn zu viele Mitarbeiter die Dienste wechseln, ist die Bezugspflege nicht mehr möglich.

*I: Und wie kriegt man es zustande, dass man mehr Mitarbeiterköpfe hat?*

Herr J: Mehr Köpfe kriegt man, in dem man große Stellen, also Stunden, also Mitarbeiter in ihrem Stundenbudget runter setzt und die Stunden aufteilt auf mehr Mitarbeiter. Das hat natürlich aber wieder ein menschliches und juristisches Problem, weil die Mitarbeiter damit ihren Lebensunterhalt verdienen auf der einen Seite und auf der anderen Seite ist es



nicht einfach, willkürlich den Mitarbeitern die Stunden herunter setzen kann. Das muss schon wirtschaftlich sehr gut belegt sein.

Der zweite Weg um zu mehr Pflegestunden sprich zu mehr Mitarbeitern zu kommen wäre im Prinzip eine Erhöhung der Pflegestufen, an denen sind wir eigentlich ständig dran, dort unsere Vorbereitungsqualität zu verbessern. Der einen Qualität, der Vorbereitung für eine Bewohnereinstufung zum MDK. Das ist so ein Instrument, da sind wir jetzt dran, so mittendrin, diese Vorbereitung zu intensivieren, also qualitativ zu verbessern, um bei MDK-Einstufungen der Bewohner fundamentaler belegen zu können, was gemacht wird und dann eine realistischere Pflegeeinstufung zu erreichen.

*I: Und wie machen Sie das?*

Herr J: In dem minutiös nachgewiesen wird und Tagebuch geschrieben, welche Leistungen an welchem Tag gemacht worden sind. Und in dem die Mitarbeiter motiviert werden, die Berichteblätter in den Dokumentationen so zu führen, dass sie lückenlose Tagesabläufe oder Abläufe in Krankheitsbildern belegen und somit einen Aufwand belegen, der da war. Das wäre jetzt die Schiene der Mitarbeiter. Das wäre die zweite Schiene der Ehrenamtlichkeit. Für die Ehrenamtlichkeit gibt es im Hause ein Konzept, um die Ehrenamtlichkeit aufzubauen. Das Konzept ist versucht worden anzugehen, also ins Rollen zu bringen, so dass Kontakt geknüpft worden sind mit unseren Pfarrern, mit Schulen, mit der Öffentlichkeit, mit der Gemeinde und das man sagt, anbietet, es gibt hier eine gewisse soziale Kompetenz in der Bevölkerung auch, Leute die sagen ich würde gerne was machen, aber ihr müsst mir ordentlich sagen wie und was ich zu tun habe. Und das sollte sich natürlich an den Möglichkeiten und Ressourcen der Helfer orientieren, dass sie nicht überfordert werden. Das haben wir versucht, nach dem wir uns strukturell hier eingerichtet hatten und stabil waren, haben wir versucht, die Ehrenamtlichkeit aufzubauen und das ist in den ersten Ansätzen eigentlich nicht sehr erfolgreich gewesen, weil wir hier schon Gelder nicht zur Verfügung stellen konnten, um einfach Auslagen der Ehrenamtlichen zu decken.

*I: Was Sie also mal besorgt haben?*

Herr J: So ganz ohne Geld geht es nicht. Sie besorgen was oder haben Benzinkosten oder Buskosten, oder ähnliches. Und wenn ich nicht mal das decken kann krieg ich keine Ehrenamtlichen ran. Daran sind wir eigentlich gescheitert. Also so, dass.... Und wir hatten uns eigentlich von der Kirchengemeinde mehr versprochen. Wir haben, es ist uns nicht gelungen, zu der katholischen Kirchengemeinde hier, dort irgendwo soziales Engagement herauszuentwickeln und zu motivieren und das hier einzubringen. Das ist eigentlich, sind wir unter den gegebenen Druckumständen, was da auf uns als Leitung auch zukommt, den Weg nicht weitergegangen. Sind nicht beharrlich drangeblieben, ehrenamtliche Leute anzuwerben. Weil man das zielstrebig machen muss. Sehr direkt, über Kontaktpersonen, die Vertrauensverhältnisse haben, zu Leuten, die dann eventuell in Frage kommen. Das geht nicht pauschal. Das geht oftmals, der bessere Weg ist da sicher Multiplikatoren zu nutzen, die Kontakte haben, zu Leuten, wo ein Vertrauensverhältnis einfach da ist, die man, die andere kennen. Pfarrer, Lehrer, Schule oder Gemeinde und solche Dinge. Und dort muss man einfach die Leute direkt ansprechen und dazu braucht man einfach diese Multiplikatoren, die wir in der Umgebung Leute kennen, wo ein soziales Engagement absehbar ist, und wo dann auch ein stückweit ein Vertrauensverhältnis

geschaffen werden kann. Und die dann auch kommen würden. Konzept ist da, aber die Durchführung ist eigentlich mangelhaft. Weil im ersten Ansatz gescheitert.

### **Anregungen für Qualitätsentwicklung**

*I: Welche Ziele in Bezug auf die Pflege wollen Sie erreichen, oder sollen erreicht werden?*

Herr J: Also ich sage mal mit dem Aufbau des Qualitätsmanagements, wo wir jetzt mitten drin sind, denke ich, dass sehr viele strukturelle Sachen noch im Argen liegen, die wir einfach mit dem Selbstbefragungssystem, mit dem EFQM-System, ansprechen und bearbeiten. Das ist ein langer Weg, aber darauf haben wir uns jetzt begeben und da denke ich das da viele Dinge zu Tage treten werden, wo wir einfach unseren Himmel erkennen und Lösungsansätze gemeinsam finden. Also in der Strukturqualität ist da sicher vieles noch zu machen. Ansonsten haben wir gerade angesprochen, die Betreuungsqualität soll steigen, die Ehrenamtlichkeit soll aufgebaut werden, die brauchen wir dazu, um die Betreuungsqualität steigern zu können. Und der Mitarbeiter und die Mitarbeiteraktivität ist die Beziehungspflege hier erst eingeführt worden. Bezugspflege, ja. Und die Bezugspflege einführen ist auch ein sehr langer Weg, das geht also nicht mit dem Tag, das ich sage, ab heute führe ich das ein und dann läuft das. Sondern dann müssen wirklich Beziehungen wachsen, zwischen Mitarbeitern und den Bewohnern, und den Mitarbeitern muss im Laufe der Zeit immer mehr bewusst werden, oder müssen immer mehr Verantwortlichkeiten selbständig übernehmen. Das dort wirklich eine Bezugspflege heraus kommt. Und mit der Qualitätserhöhung der Bezugspflege wird mehr Arbeit delegiert und automatisch die Mitarbeiter selber, die sonst in der Halbleiterebenen hängen bleiben, Wohnbereichsleiter-Ebene, und damit erhoffen wir uns eigentlich sehr viel an ganz echten praktischen Qualitätserhöhungen für die Bewohner in Bezug Pflegedokumentation, in Bezug auf die Zufriedenheit der Bewohner, dass wirklich Bedürfnisse erfüllt werden, die wir jetzt nicht erfüllen, weil sie gar nicht bekannt sind oder nicht direkt zugeordnet werden. Wer macht's denn, wenn das Bedürfnis erkannt wird? Und das ist so ein Weg wo man jetzt merkt, da sind wir am Anfang, wir haben das jetzt durchstrukturiert, von der Struktur her, und es sind auch erste Erfolge da. Und das ist eine Problematik, eine Thematik, wo ich sage, hier ist ganz viel noch machbar. Dort wollen wir eigentlich hin, dass immer mehr Tätigkeiten von den Bezugspflegemitarbeitern durchgeführt werden, die jetzt noch irgendwo in der Leitungsebene hängen, oder zentral organisiert werden.

*I: Was ist das beispielsweise? Haben Sie dafür irgendwie ein spezielles Beispiel?*

Herr J: Die Versorgung von Kleidungsstücken, die die Bewohner brauchen zum Beispiel. Oder die Versorgung von Einzelwünschen, wie Einkäufen für die Bewohner, von kleinen persönlichen Wünschen.

*I: Das macht momentan noch die Wohnbereichsleitung?*

Herr J: Das geht jetzt über die Frau X Zum Teil übers Büro oder eben so impulsiv, dem Zufall überlassen. Wer es hört, der macht es oder auch nicht. Je nachdem, ob bereit, oder nicht bereit.

*I: Und das soll dann strukturierter ablaufen?*

Herr J: Wenn das strukturierter abläuft, dann habe ich auch Zuständigkeiten besser verteilt und damit habe ich auch mit Sicherheit ein höheres Erfolgsergebnis. Weil das wieder Mitarbeiter motiviert ein Stück weit, und die Mitarbeiter auch wissen, was gehört

denn zu ihren Aufgabengebiet. Wenn sie das verinnerlicht haben, kommt am Ende auf jeden Fall eine höhere Betreuungs- und Pflegequalität irgendwo heraus, eine höhere Zufriedenheit und Bedürfnisbefriedigung, sagen wir es mal so. Das ist eines der Hauptziele, die konsequentere Durchführung der Bezugspflege.

*I: Wie wollen Sie denn diese strukturellen Veränderungen schaffen, oder dass Mitarbeiter dann spezielle Tätigkeiten zu tun haben? Einkaufen gehen, oder so was.*

Herr J: In dem man durch unsere Kommunikationsinstrumente, die da sind so PDL-Informationen, schriftliche, Teamsitzungen, Übergabe, in denen wir einfach die Mitarbeiter mehr sensibilisieren, und Tätigkeiten konkret zuordnen. Und sagen diese oder jene Tätigkeit ist Tätigkeit der Bezugspflegekraft und nicht Tätigkeit der Wohnbereichsleiterin. Macht sie bitte selber. Und das durchgezogen bis hin zur Dokumentation, Vitalzeichen und ähnlichen Dingen, die sonst irgend jemand gemacht hat, und wo jetzt durch uns, dem Wohnbereichsleiter und dem Pflegedienstleiter im Prinzip konsequenter durchgedrückt wird und darauf hingewiesen wird, welche Tätigkeiten gehören in den Bereich der Bezugspflegekraft. Und das geht bloß durch schriftliche Infos, durch Diskussionen, durch Verinnerlichung und das immer und immer wieder. Mit Kontrollen, wieder darauf hinweisen, ein Instrument meinerseits, dazu ist eigentlich, das ich Mängel weniger an die Wohnbereichsleiter herantrage, sondern direkt angehen will, an die Bezugspflegemitarbeiter. Das haben wir so verabredet, und das wird seit einigen Wochen konsequent so gemacht. Also wo man früher gesagt hat, zum Wohnbereichsleiter, die Dokumentationen müssen mal überarbeitet werden, gehe ich jetzt hin und sage, gucke, welcher Bewohner das ist, wo ist der Mangel, welche Bezugspflegekraft ist es und gehe an die Bezugspflegekraft und bitte die, ihre Dokumentation besser zu bearbeiten. Das ist hier der Unterschied. Ganz einfach. Also Qualität. Jetzt gehen wir das so an. Weil ich eigentlich nach dem Grundsatz verfare, das die Dinge, die man allgemein formuliert so gut wie nichts zählen. Wenig wahrgenommen werden. Jede allgemeine Formulierung, jeder allgemeiner Appell ist relativ wertlos. Ich muss also mehr und mehr, ich und die Wohnbereichsleiter müssen mehr und mehr dazu übergehen, konkrete Probleme zu benennen und konkrete Mitarbeiter zu delegieren. Je allgemeiner, desto ungreifbarer, unrationeller und desto weniger Ergebnis kommt raus. Das ist so ein Gro, eine der Hauptproblematiken in der Pflege, wo man sagen kann, die konsequente Umsetzung der Bezugspflege bringt Pflegequalität und Zufriedenheit. Auch Zufriedenheit für die Mitarbeiter. Also so problematisch wie die Unzufriedenheit für die Bewohner ist, so problematisch ist sie auch für die Mitarbeiter, kriege ich oftmals konkreten oder immer mit einer konkreten Zielstellung besser hin, es ist abrechenbarer, greifbarer für den Mitarbeiter, der dann weiß, was er machen muss, was erwartet wird. Und ich kann das Ergebnis besser analysieren, auch greifbarer.

*I: Und wie kann ich mir das vorstellen? Mündlich, schriftlich, Arbeitsanweisungen? Wie soll das dann ablaufen?*

Herr J: So wie wir es vorhin gesagt haben, einmal auf jeden Fall in Form von Teamsitzungen, dort wird's mündlich gemacht und allgemein formuliert, protokolliert und wird für jeden sichtbar und wird unterschrieben. Dann in Form der PDL-Information, schon mal gesehen?

*I: Nein. (Unterlagen werden geholt und mir gezeigt.)*

Herr J: Mit Eröffnung des Hauses und Neustrukturierung aller Vorgänge hier im Haus ist uns aufgefallen, dass wir im Prinzip eine Fülle an Informationen an die Mitarbeiter rüberbringen müssen – und das möglichst in Schriftform. Und diese Schriftform bringt die Problematik mit sich, dass da jeden Tag ein anderer Zettel mit irgendeiner Anweisung draußen hängt – und das bringt eine Fülle mit sich, die für die Mitarbeiter in keiner Weise überschaubar ist. Also habe ich das Kommunikationssystem für die Pflege in sofern geändert, dass ich gesagt habe, ich sammle diese Informationen und mache wöchentlich bis zweiwöchentlich, je nachdem, wie viel es ist, eine Information, die im juristischen Sinne den Charakter einer Dienstanweisung hat – darüber sind die Mitarbeiter belehrt, die haben das unterschrieben, und diese Information wird in den Wohnbereichen wöchentlich ausgehängen, wird von allen Mitarbeitern unterschrieben, mit Namen und wird, nachdem sie einige Tage ausgehängen hat in einen Ordner geheftet, der in jedem Wohnbereich ausliegt. Und die Mitarbeiter wurden belehrt, sich über Dinge, wo sie nicht im Dienst waren, aus diesem Ordner zu informieren und es nach zu unterschreiben. Diese PDL-Info nutze ich im Prinzip, um direkte Dienstanweisungen rüberzubringen, um Regeln und Dinge zu erklären, Leitungsentscheidungen rüberzubringen und die sind auch ein Stück Informationsinstrument im Allgemeinen. Die PDL-Information dient auch ein Stück als Motivator und Informationsteil. Hier werden Mitarbeiter auch begrüßt drinnen und alles Gute gewünscht, sie werden verabschiedet hier drinnen, also solche Dinge stehen hier drinnen, oder ganz einfach Dinge, wo ich das Gefühl habe, den Mitarbeitern eine Transparenz rüberzubringen, wie läuft was bei uns ab, warum ist es so, schreibe ich da rein. Was dann nicht unbedingt Dienstanweisungscharakter hat, sondern informativen Charakter. Und so viel wie möglich Mitteilungen und Informationen rüberzubringen, um unseren Mitarbeitern unser Handeln insgesamt, unsere Struktur transparent zu machen. Warum wird eine Entscheidung getroffen, oder nicht getroffen. Aus welchen Gründen wollen wir es jetzt angehen. All diese Informationen kommen hier herein. Die PDL-Info wird seit einigen Wochen wöchentlich unterschrieben, von jedem Mitarbeiter.

*I: Ich danke Ihnen für die Informationen.*

**Interview Nr. 03: I (Interviewer), Frau K (interviewter Mitarbeiter)*****Berufsbiographische Angaben***

*I: Zunächst habe ich ein paar Fragen zu Ihrer Person und Ihrer Arbeit hier.*

*I: Wie alt sind Sie?*

Frau K: 56, werde ich, nächste Woche.

*I: Oh, das ist aber schön!*

Frau K: Oder nicht!

*I: Sie sehen aber noch jung aus!*

*I: Wie sind Sie zu diesem Beruf gekommen?*

Frau K: Na ja, ich bin keine Altenpflegerin. Ich bin bloß Helferin und mein Grundberuf ist Kinderpflegerin und habe aber dann in der Heilerziehungspflege bei geistig Behinderten über 20 Jahre gearbeitet. Bin dann arbeitslos geworden, na ja, einhundert Bewerbungen geschrieben, und hier hat es dann geklappt.

*I: Wie lange sind Sie schon an dieser Einrichtung tätig?*

Frau K: Das ist hier das 2. Jahr.

*I: Warum sind Sie in dieser Einrichtung tätig?*

Frau K: Ja, es war mehr oder weniger Zufall!

Überall beworben, Vorstellungsgespräche gehabt und das war eine Zusage. Und dann greift man eben zu. Da war ich sehr froh, dass das auf Anhieb geklappt hat.

*I: Waren Sie bereits in anderen pflegerischen Zusammenhängen tätig?*

Frau K: Bloß in der Behindertenpflege. Aber dort alles: geistig behindert, körperbehindert, ganze breite Palette. Von Kindern, Säuglingen bis ins Rentenalter.

*I: Welche Entscheidung führte dazu diesen Beruf auszuüben?*

Frau K: Mir macht es ganz einfach Spaß, mit Menschen umzugehen. Also ich habe Respekt vor einer Verkäuferin, die den ganzen Tag an der Kasse sitzt und dort eintippt, ich würde durchdrehen, ich könnte das nicht, sie hat zwar auch immer mit vielen Leuten zu tun, aber sie sitzt den ganzen Tag dort. Also das stelle ich mir furchtbar stressig und anstrengend vor. Hier ist es zwar auch stressig und anstrengend und manche Tage sehr mühsam, aber anders. Das macht mir mehr Spaß!

***Fragen zur Bedeutung des Qualitätsmanagements und den Zielen der Arbeit: Stellenwert und Ziele der Arbeit***

*I: Was ist Ihnen als Person in ihrer Arbeit wichtig?*

Frau K: Für mich ist ganz wichtig, dass ich erst mal für mich selber Anerkennung finde. Also beim Personal. Und dass mich die Leute akzeptieren. Das ist für mich schon sehr wichtig. Da habe ich schon hier vom Personal her ein ganz gutes Gefühl und von den Leuten ist es unterschiedlich, so, wie Sie ihre Tagesform haben. Von manchen wird man anerkannt und von manchen wird man gleich früh beschimpft, aber so im Großen und Ganzen ist es eigentlich nicht so, dass ich mit Zittern und Zagen komme, sondern ich

denke mir, aus dem Zimmer hat mich noch niemand geschickt und gesagt: „Von Der will ich nicht.....“. Also von daher ist es schon okay. Also da gefällt mir das schon!

*I: Was ist das Ziel ihrer Arbeit als Pflegekraft?*

Frau K: Ja das ich erst mal, die Leute so akzeptiere, wie sie sind, sie annehme wie sie sind, mit all ihren Macken und Marotten, die sie haben. Und ich sage mal, wenn am Dienstende, jemand zu mir sagt: „Dankeschön!“ und wir sehen uns ja morgen wieder, dann ist das so für mich so eine Anerkennung! Das reicht mir alles so. Ich kann ja hier keine großen Ziele setzen und denken ich muss jetzt mit der das und das erreichen. Das ist zu groß! Das kommt in der Arbeit. Wenn ich mit den Leuten etwas mache und ich merke dann, es klappt jeden Tag bisschen besser. Es kann am nächsten Tag wieder anders sein, aber dass ich merke, sie fühlen sich hier wohl, fühlen sich hier geborgen und nehmen das Heim an. Heim, in Anführungsstrichen, dass sie es mehr als ein zu Hause betrachten. Und wenn das so ein bisschen mit durchkommt, am Tag, dann sage ich mir schon, „Naja, Ziel erreicht!“ Es wäre vermessen hier zu sagen, ich setzte mir hier die Ziele Das und Das.

*I: Woran machen Sie Qualität in der Pflege und Betreuung fest?*

Frau K: Ja, es muss erst mal die Sauberkeit stimmen, von A bis Z. Da gibt es überhaupt nichts daran zu rütteln selbst im Engpass mit Personal und das muss alles sein. Wenn die Leute dann zufrieden sind. Wenn sie ordentlich gepflegt werden. Wenn ich auch im größten Stress wirklich sage, „Nein, ich muss das jetzt hier zu Ende machen.“ Ich kann nicht mittendrin wegrennen und das alles bloß halb..... Also daran erkenne ich dann schon, na ja, hier wird sorgsam gearbeitet oder nicht. Das ist schwierig im größten Stress, da wirklich zu sagen, jetzt kann der nächste erst mal klingeln, ich „muss“ das Bein verbinden, oder ich muss das hier ordentlich machen. Da muss ich eben dann wirklich, wenn da, jemand anderen schicken oder ich muss die eine Minute länger klingeln lassen. Ich nehme mir aber bei dem anderen genauso viel Zeit und erkläre, warum ich etwas später gekommen bin.

### ***Anzeichen von Qualität***

*I: Was macht eine gute Pflege und Betreuung aus?*

Frau K: Also ich würde sagen, es hängt auch damit zusammen, dass die Bewohner spüren, das Personal, es läuft super unter dem Personal, sie sprechen sich ab, es läuft Hand in Hand, und nicht, der Eine sagt es so, der Andere sagt so.... Dass man da an einem Strang zieht. Ich denke, dass überträgt sich auf die Bewohner, und das versuchen Sie immer ein bisschen auszuspielen und wenn man dort unter uns klare Fronten setzt, wer was macht und „... zu dem geht's mal so und wir reagieren jetzt so ...“, wenn das einheitlich ist, ich denke das macht ein ganzes Maß an guter Betreuung aus. Da fällt noch das Stück „Ausspielen untereinander weg“. Man zieht sich selber dann vielleicht hoch und sagt dann: „Du hast....“ wenn das aber vorneweg abgesprochen ist, finde ich das schon okay. Und das überträgt sich auf die Bewohner. Sie merken das ganz genau. So muss ich sagen, läuft es eigentlich ganz gut.

### ***Fragen zu Situationen und Verhaltensweisen von Personen an denen Qualität sichtbar wird: Beschreibung positiver critical Incidents***

*I: Welche typischen (auffallenden) Situationen aus dem Arbeitsalltag der letzten Tage sind Ihnen besonders in Erinnerung geblieben?*

*I: Beschreiben Sie eine Situation wo sie denken, dass etwas gut geklappt hat zwischen Ihnen und einem Bewohner?*

Frau K: Das ist nun wieder schwierig. Das ist das, was man am Tag immer so macht und mitkriegt. Und dann aber auch schon wieder wegsteckt. Aber heute fand ich z.B. gut. Wir hatten heute noch jemanden zur Hilfe und da habe ich Ihn eben mitgenommen, den Kollegen, den neuen, und habe vor dem Bewohner alles erklärt und auch erklärt warum ich Ihn mit habe und da muss ich sagen, der Bewohner hat super darauf reagiert und er war sofort einverstanden, dass der neue Kollege da was an Ihm macht. Also er hatte keine Abwehrhaltung, aber ich denke, wenn man es den Leuten erklärt, dann geht das eben in den meisten Fällen auch klar. Es gibt Bewohner, die dann sagen „absolut nein“. Das muss ich aber dann auch akzeptieren. Aber das fand ich heute eigentlich gut. Und da dachte ich so bei mir: „Na ja, hast es vielleicht doch gut erklärt“. Das war so mein kleines Erfolgserlebnis.

*I: Wie haben Sie sich in dieser Situation verhalten haben, als Sie den anderen Kollegen vorgestellt haben?*

Frau K: Ich habe Ihn erst mal vorgestellt, dass er jetzt da ist zum helfen, habe Ihn mit Namen vorgestellt, den Bewohner vorgestellt, dem Bewohner erklärt, dass er jetzt da ist, uns hilft, uns Arbeit abnimmt und ich meine die ganzen Zusammenhänge mit 1-Euro-Jobber, das nicht. Nur das er ein neuer Kollege ist und er uns hilft. Ob er einverstanden ist, dass er jetzt täglich zu Ihm kommt, sich um Ihn kümmert... Hab mich dann aber auch etwas zurückgenommen, weil dem Kollegen ich im Vorfeld schon erklärt, was er dort machen muss, und habe dann immer bloß gesagt, wenn er Hilfe braucht, ich bin gleich nebenan, dann soll er rufen! Und das ging aber gut.

*I: Was war das Ergebnis dieser Situation durch Ihr Verhalten?*

Frau K: Na ich sage mal, wir waren alle Drei zufrieden. Der neue Kollege, dass er nicht nur herum stand, so nach dem Motto: Na ja, was soll ich denn hier? Er hatte sich gefreut, dass er was zu tun hatte, der Bewohner war zufrieden, dass jemand was mit ihm gemacht hat und etwas doch länger Zeit hatte und ich dachte mir: „Na ja, klappt ja besser, am ersten Tag, als gedacht.“ Es war also für alle drei zufriedenstellend!

### ***Beschreibung negativer critical Incidents***

*I: Erinnern Sie sich an schwierige Situationen die für Sie belastend waren, wo etwas nicht so abgelaufen ist, wie Sie es sich vorgestellt haben.*

Frau K: Ja, belastend ist das, wenn Bewohner da sind, die nur schimpfen. Die wirklich nur schimpfen, in jeder Situation immer das Schlechte sehen. Also, ob ich jetzt diese Bewohnerin zuerst nehmen oder die, es wird immer geschimpft. Dann kann ich das in Ruhe 2, 3 Mal erklären, aber dann höre ich einfach nicht mehr was sie schimpfen, weil es wird immer geschimpft. Es gibt Leute, die sind immer unzufrieden. Die kann man aber auch als erstes nehmen, das ist dann auch nicht richtig. Die kann man als letztes nehmen, oder in der Mitte.... Das ist auch nicht richtig. Aber das muss ich dann eben wegstecken! Es gibt ein zwar Tage, sage ich mal, wenn ich nicht so gut drauf bin, dass ich sage, „och ist das nervig heute.“ Aber im Grunde komme ich da gut weg.

*I: Gibt es da eine konkrete Situation oder einen konkreten Bewohner?*

Frau K: Es sind immer die gleichen Bewohner. Wo man sich eigentlich schon darauf einstellt und dann froh ist, wenn mal ein Tag nicht ganz so ist, mit Schimpfen.

*I: Und wie verhalten Sie sich in so einer Situation?*

Frau K: Ich bleibe da ganz ruhig. Also, vielleicht bin ich da auch schon zu lange, überhaupt eben im Beruf. Und das war bei Behinderten nicht anders. Ich erkläre es noch mal und ich sage dann auch mal etwas im forschendem Ton, aber alles noch angemessen und dann sage ich nichts mehr dazu. Dann denke ich mir „musste halt schimpfen“, das bringt nichts.

*I: Was war das Ergebnis dieser Situation durch Ihr Verhalten?*

Frau K: Na ja, meistens, wenn ich dann nichts mehr darauf sage, in meiner Schicht, oder ich sage mal ein paar Stunden erst mal still. Aber man hört dann immer von der nächsten Schicht, fangen sie wieder an. Ich denke dann immer, sie waren früher schon nicht anders. So anders werden kann man eigentlich gar nicht. Die waren bestimmt immer unzufrieden im Leben und das ändern wir nicht mehr. Und das hat auch gar keinen Zweck, da jeden Tag großartig zu erzählen. Das bringt nichts. Weil ich glaube, da werden Sie bloß noch nervöser und unzufriedener, weil sie immer das Gefühl haben, ja die meckert ja immer und ständig mit mir. Aber das bringt nichts.

Ich erklär es im Notfall 2, 3 Mal, aber dann ist gut!

*I: Ist das so eine Situation, wo Sie einen anderen Bewohner eher versorgen müssen, beispielsweise?*

Frau K: Ja, weil die es in diesem Moment das notwendig haben. Weil Sie sage ich mal pflegebedürftiger sind. Und da brauche ich 5 Minuten länger. Was soll ich mich dann den ganzen Tag bei der anderen hinstellen, die mich ja eigentlich im Grunde genommen gar nicht so braucht? Ja, ich kann dann mit ihr ein Gespräch führen, und sicher, da darf sie auch nicht zu kurz kommen, dann muss ich mal, aber ich kann da nicht, der einen, die da besser beweglich ist und sich alleine mal beschäftigen kann, alleine mal Zeitung lesen kann, der nun nichts vorlesen. Aber das begreifen Sie dann nicht! Aber das steckt man weg. Das lernt man eigentlich.

*I: Und wie gehen Sie mit der Situation um?*

Frau K: Na irgendwie sage ich mir Sie ist halt so. Na ich gehe manchmal heim und denke, die hat dich heute genervt, heute bin ich wirklich am Ende. Manche Tage. Es ist eine Ausnahme. Ich kann mich da nicht hochschaukeln. Weil da wird man nicht froh. Also dann wird man selber unzufrieden. Soweit lasse ich das nicht rankommen. Da halte ich dann schon ein bisschen Abstand.

### ***Fragen zur Qualität in der Einrichtung: Einschätzung der Pflegequalität in der Einrichtung***

*I: Wie beurteilen Sie die Qualität der Pflege in dieser Einrichtung?*

Frau K: Also ich kann ja jetzt nur mal, speziell von meiner Etage reden. Ich würde es als, ohne zu schmeicheln, jetzt, als sehr gut bezeichnen. Ich war schon zum Praktikum auch in anderen Heimen. Also da finde ich es hier schon wirklich top. Und vor allen Dingen, weil



man hier mit der Absprache, weil es besser, also gut klappt im Vergleich wo ich schon mal war. Aber das ist sicher, auch wie man eingespielt ist im Team, denke ich mir. Weil wir ein ziemlich gutes Team sind, da klappt das mit der Absprache, ich weiß dann sofort, was ich da zu machen hab. Und das wird früh oder dann nachmittags je nach Übergabe gesagt, und da muss ich nicht erst großartig herumrennen, was soll ich denn hier und gibt es was Neues? Das kriegt man eben gleich gesagt und da weis man, aha, wenn ich da heute dran bin, ich muss zu dem, muss dort und dort noch wickeln oder verbinden, cremen und schmieren, das klappt. Also, da würde ich sagen, ist es ganz schön positiv. Also es bleibt auch niemand für lange Zeit in seiner nassen Windel. Es wird immer kontrolliert. Und zwischendurch, wenn jetzt gar keine offiziellen Runden sind, wo man eigentlich immer die Windeln wechselt, wenn man merkt, die hat viel getrunken, dann geht man gucken. Wenn man merkt es ist nass, dann wechselt man dann. Und das ist nachts genauso.

*I: Nennen Sie diesbezüglich Stärken.*

Frau K: Na da würde ich, als Stärke wirklich unser Team bezeichnen. Also ich fühle mich, ich weiß nicht wie es die anderen empfinden, aber sicher genauso, ich fühle mich einfach wohl. Wenn man angenommen wird. Es wird eine Absprache getroffen und es ist nun kein Unterschied zwischen Pflegehelferin und Fachkraft, also es wird nicht von oben herab, oder mach du mal bloß jetzt, ich sage mal: die Drecksarbeit in Anführungsstrichen, es macht jeder alles.

*I: Und was würden Sie als Schwäche sehen, was verbesserungswürdig wäre?*

Frau K: Als Schwäche? Ja, es ist sicher. Wir sind den Bewohnern manchmal zu schnell. Das ist vielleicht ..., ne Handlung zu schnell. Wir tun das Inkontinenzmaterial wechseln, das geht schnell. Man redet zwar dann mit den Leuten, aber die hätten es sicher gerne, die in den Zimmern liegen, dass man noch ein paar Minuten länger bleibt. Das wird vielleicht jetzt ein bisschen anders, weil wir auch die anderen noch dazugekriegt haben, die sich dann bisschen mehr mit den Leuten beschäftigen wenn man jetzt doch mal ein bisschen mehr Zeit hat.

*I: Die anderen sind...*

Frau K: das sind die Ein Eurojobber oder dann auch 165-Euro-Basis, die tun ja dann mal mit den Leuten Kreuzworträtsel machen. Da ist mal ein bisschen mehr Zeit. Oder man kann zu denen auch mal sagen, würden sie das und das mal auffüllen! Das braucht man dann hier nicht selber machen. Dann hat man auch mal ein bisschen mehr Zeit, mit den Leuten zu reden. Das ist sicher aber eine notgedrungene Schwäche von uns, weil es einfach nicht anders geht. Es muss manchmal schnell gehen.

### **Anregungen für Qualitätsentwicklung**

*I: Welche Ziele in Bezug auf die Pflege sollen zukünftig erreicht werden?*

Frau K: Ja, dass man sich eben ein bisschen mehr mit den Leuten beschäftigen kann. Dass man wirklich bissel mehr Zeit hat. Aber wie es im Moment aussieht denke ich, kann das so werden, dass man sich mehr Zeit nimmt. Es ist ja auch, je nach dem, welche Leute man kriegt. Es ist sehr pflegeintensiv. Da muss man halt doch wirklich mehr machen. Da kann man nicht sagen: „Hier ich kann jetzt nicht mit ihnen ne runde spazieren gehen“ und so. Das fällt dann schon flach. Aber, ich denke auch, diese Aktivierung, die man

zwischendurch machen kann, das war erst nicht ganz so, aber da sind wir jetzt auf einem guten Weg. Dass man sich immer mal für 10 Minuten jemanden nimmt, oder in der Gruppe mal am Tisch. Alles so Sachen, was sie von früher kennen, z.B. Strümpfe sortieren, haben wir jetzt mal gemacht, die halten nicht länger als 10 Min. Viertelstunde, aber dazu sind wir heute z.B. dazu gekommen. Das war schon wieder gut, dachte ja, saßen nicht nur am Tisch, haben geguckt, sie haben wirklich mal was gemacht. Das ist immer so ein Schwachpunkt, Leute mal so zwischendurch zu beschäftigen. Da waren wir noch nicht so hervorragend. Aber ich denke, dass wir da jetzt einen guten Weg gefunden haben, dass wir das das bisschen in den Griff kriegen.

*I: Und Wie?*

Frau K: Ja. Erstens haben wir jetzt mehr Personal. Dann sind im Moment die Leute nicht ganz so sehr pflegeintensiv, bis auf ein, zwei, aber das kriegt man dann schon eher in Griff. Das richtet sich immer nach den Bewohnern.

*I: Was sollte sich noch in Zukunft ändern, bezüglich des Hauses?*

Frau K: Kann ich jetzt.... Man kann ja immer nur von der Etage reden. Also wir haben zu unserer Leitung sehr guten Kontakt. Da kann ich mich nicht beschweren. Also muss ich sagen. Also, die Frau I, man geht ja immer nur zur Leitung, wenn man gerufen wird, aber wenn ich jetzt irgendwie ein Problem hätte, kann ich dort anklingeln und kann kommen. Und auch zum Herrn J, kann ich nicht anders sagen. Das wird sicher nicht gleich in den nächsten 5 Minuten dann sein, aber die geben dann sofort grünes Licht wann, dann und dann können sie kommen.

*I: Gut ich danke Ihnen, dass war's schon.*

Frau K: Das war's schon, das ist ja gut, ich dachte das dauert wer weiß wie lange.

**Interview Nr. 04: I (Interviewer), Frau L (interviewte Mitarbeiterin)*****Berufsbiographische Angaben***

*I: Zunächst habe ich ein paar Fragen zu Ihrer Person und zu Ihrem Beruf.*

*I: Wie alt sind Sie?*

Frau L: Ich bin 52.

*I: Wie sind Sie zu dem Beruf gekommen?*

Frau L: Ich hatte in der Landwirtschaft gearbeitet und zur Wendezeit Kündigung. Hab mich dann entschieden für einen Pflegeberuf und ich wollte eigentlich Altenpfleger von vornherein machen. Aber das durfte ich nicht, weil ich 8 Klassen-Abschluss hatte, nur. Hab dann 1 Jahr Krankenpflegehelfer gemacht, war danach im P. Krankenhaus, 2 Jahre Unfallchirurgie und 8 Jahre Psychiatrie. Und das war eigentlich dann wieder mein Plus hier ins Pflegeheim zu kommen. Und als Rhön-Klinik bei uns kam in P. da mussten alle Pflegehelfer raus, weil die wollten nur Fachpersonal. Und dann hab ich mich in einigen beworben, so Pflegeheim usw., Sozialstation und dadurch dass M. aufgelöst wurde und hier neu gebaut, da hatte ich das Glück, durch meine Psychiatrieerfahrung auf die Dementen-Station hier zu kommen.

*I: Wie lange sind Sie hier schon tätig?*

Frau L: Ich bin mit der Eröffnung, seit 2 Jahren hier.

*I: Welche Entscheidung führte dazu diesen Beruf auszuüben?*

Frau L: Ich wollte eigentlich irgendwie mit jemandem zu tun haben und nicht Büro oder irgend so was, schon mit Leuten umgehen. Das liegt mir eigentlich, das mache ich gerne. Hilfestellungen geben und so was und deswegen habe ich mich dafür entschieden.

*I: Sie sind von Beruf Pflegehelferin?*

Frau L: Ja, ja.

*I: Warum sind Sie in dieser Einrichtung tätig?*

Frau L: Ja ich hatte mich, wie schon gesagt im Pflegeheim beworben, mit meiner Ausbildung und bei Sozialstationen hatte ich von vielen auch gehört, dass sie nur Altenpfleger nehmen und Krankenschwestern wegen Spritzen und so weiter. Und da war mir das eigentlich ganz angenehm, dass es hier geklappt hat.

***Fragen zur Bedeutung des Qualitätsmanagements und den Zielen der Arbeit: Stellenwert und Ziele der Arbeit***

*I: Was ist Ihnen als Person in ihrer Arbeit wichtig?*

Frau L: Also mir ist eigentlich wichtig, dass ich im Umgang mit den älteren Leuten zu Recht komme, dass sie auch mich annehmen. Ich bin eigentlich ein ruhiger, ausgeglichener Typ und dadurch komme ich eigentlich sehr gut an, immer im Pflegebereich. Das die älteren Leute sich auch wohl fühlen und sich ein bisschen zu Hause fühlen, was ja eigentlich bei vielen sehr schwer ist, wenn sie ins Pflegeheim kommen. Und weiter auch so mit Dementen; ich hab 2 Jahre meine Schwiegermutter gepflegt, mit Alzheimer. Dadurch hatte ich auf dem Gebiet schon einen guten Eindruck und wusste wie es dann vor sich geht. Ich bin auch eigentlich glücklich und zufrieden, wenn ich mit dem Bewohner gut klar komme und es dem gefällt und fühle ich es auch als angenehm.

*I: Was ist das Ziel ihrer Arbeit als Pflegekraft?*

Frau L: Das Ziel meiner Arbeit ist eigentlich, dass ich Menschen helfen kann. Dass ich mich selber wohl fühle auch auf meiner Arbeit, dass es mir Spaß macht. Nicht dass ich früh auf Arbeit gehe und sage, och nee, musste wieder. Ich geh eigentlich sehr gerne auf Arbeit. Weil mir die Arbeit auch Spaß macht und natürlich auch irgendwo noch meinen Lebensunterhalt zu bestreiten, das ist natürlich auch mit ein Grund, dass man arbeiten geht. Aber eigentlich macht's mir sehr viel Freude und das ist für mich eigentlich das Haupt~ dass es mir Spaß macht auf Arbeit.

*I: Woran machen Sie Qualität in der Pflege und Betreuung fest?*

Frau L: Also an der ganzen Durchführung meiner Arbeit an den Bewohnern. Das ich ordentlich, die Verrichtung durchführe nicht, dass ich so schnell „waschi, waschi“, dass es ordentlich gemacht wird. Das ich mich damit wohl fühle und mir sage, wenn ich jetzt dort bin, als älterer Mensch, möchte ich so behandelt werden, dass ich mich wohl fühle, dass ich mich sauber fühle, ordentlich angezogen und ordentliche Frisur. Und so gehe ich eigentlich ran an die Arbeit. Und auch wenn jetzt die Arbeiten auch so vom medizinischen her, jetzt Verbände und solche Sachen, die wir mit machen dürfen, dann auch das gewissenhaft und ordentlich eigentlich.

### **Anzeichen von Qualität**

*I: Was macht eine gute Pflege und Betreuung aus?*

Frau L: Ne gute Pflege und Betreuung ist erst mal, dass es auch ein bisschen strukturiert ist, dass man weiß was ist gefordert und wie soll es auch eigentlich übertragen werden. Und dass jeder auch mitzieht, nicht das man sagt, oh Gott ich hab jetzt das so ordentlich wie möglich gemacht und am nächsten Tag sieht es wieder ganz schlampig aus, auf gut deutsch gesagt. Dass alle eigentlich an einem Strang ziehen und dass wir nach den Konzepten, die wir uns erarbeitet haben hier im Heim, da haben wir da schon so eine Truppe, die was ausgearbeitet hat und auch in der Pflegeplanung, dass wir nach den Prinzipien auch ordentlich arbeiten. Bei uns ist es so: wir haben jeder 5, 6 Bewohner, wo man Bezugspflege hat, zu zweit und dass man dort nach der Pflegeplanung dann auch ordentlich arbeitet. Und wenn was wieder ist, dass das ordentlich neu ergänzt wird und auch an den Arzt übertragen wird, dass das eigentlich immer auf dem Laufenden ist. Und dass man auch die Bewohner so möglichst es irgendwie noch geht fordert, nicht dass man sagt ich bin schneller, wenn man es selbst macht und er kann es ja eigentlich noch. Dass man sie wirklich noch fordert und dass sie so viel wie möglich selber machen und sich darüber freuen können, dass es noch geht.

### **Fragen zu Situationen und Verhaltensweisen von Personen an denen Qualität sichtbar wird: Beschreibung positiver critical Incidents**

*I: Welche typischen (auffallenden) Situationen aus dem Arbeitsalltag der letzten Tage sind Ihnen besonders in Erinnerung geblieben?*

*I: Beschreiben Sie eine Situation, die besonders positiv auffallend war, wo Sie gedacht haben, das hat super geklappt hat zwischen mir und einem Bewohner?*

Frau L: Ja gerade heute: wir haben eine Bewohnerin, die leidet so ein bisschen unter Verfolgungswahn, dass sie bestohlen wird und so weiter. Sie schließt ständig ihr Zimmer zu und alles und die kriegt man kaum mal zum baden oder zum Friseur. Und heute war gerade Friseurtermin und die sitzen bei uns so schön vorm Aufenthaltsraum im Flur da

ein bisschen auf den Stühlen und gucken, gerade sie auch, denn es könnte ja jemand ihr Zimmer gehen. Und ich hatte sie schon mal gefragt, ob sie zum Friseur gehen will, „nee da gehe ich nicht“. Und vielleicht ein paar Minuten später gehe ich auf dem Gang lang und dann sagt sie: „... und bin ich heute auch geplant?“ Ich sage: „... zum Friseur?“ „Ja.“ Ich sage: „... natürlich“. Sage ich: „sie können heute sofort zum Friseur gehen“. Ich sage: „die Friseurin hat jetzt gerade jemanden hoch gebracht und wird jetzt gleich neue Leute mitnehmen“. „Na das ist prima, da gehe ich mit“. Das hab ich gerade vorhin zur Übergabe erzählt, das war wirklich wieder mal ein Erfolgserlebnis heute, weil die zum Friseur mitgegangen ist. Das ist einfach sehr schön.

*I: Beschreiben Sie genau, wie Sie sich in dieser Situation verhalten haben?*

Frau L: Ich hab gesagt: „... das freut mich, dass sie heute zum Friseur gehen wollen, das ist ja ganz prima“. Und dann auch wo sie zurückkam, gelobt mit ihrer neuen Frisur. Da war sie dann auch glücklich und zufrieden.

*I: Die Frau hat aus eigenem Antrieb gesagt, sie möchte zum Friseur?*

Frau L: Sie fragte ob sie denn auch heute dran ist, an der Reihe. Und darauf hin habe ich gleich eingehakt. Sie hat nicht gesagt wie sonst immer, „nein ich gehe heute nicht.“ Und sie können machen was sie wollen, das war richtig schön.

*I: Was war das Ergebnis dieser Situation durch Ihr Verhalten?*

Frau L: Ja für uns war es eben schön, dass sie auch von sich aus mal gesagt hat „ich geh zum Friseur“.

*I: Und für die Frau?*

Frau L: Sie hat sich hinterher auch wohl gefühlt.

### ***Beschreibung negativer critical Incidents:***

*I: Erinnern Sie sich an schwierige Situationen die für Sie belastend waren, wo etwas nicht so abgelaufen ist, wie Sie es sich vorgestellt haben.*

*I: Beschreiben Sie diese Situation genau.*

Frau L: Ja haben wir auch. Das ist aber nicht heute passiert.

*I: das macht nichts.*

Frau L: Wir haben eine Bewohnerin, die schließt auch ihr Zimmer ständig zu und lässt niemanden an ihre Sachen ran und sie riecht immer schlimm, weil sie sich nicht mehr ordentlich den Po wischen kann und dann riecht das. Und sie ist schon vom Pflegeheim M. hier her gekommen, dort hatte sie immer die Katzen versorgt. Bei uns haben wir jetzt so keine Katzen, das ist ein bisschen ungünstig, aber dafür ein Kaninchen und Meerschweinchen und sie versorgt hier unten dieses Meerschweinchen und lässt da auch niemanden ran, hat die ganzen Sachen auch in einem Schrank deponiert, dort riecht es auch immer etwas streng und man kann nicht ran. Und bei ihr ist es immer so, haben wir jetzt durchgesetzt, dass wir es schaffen, wenn es geht wenigstens 2-mal in der Woche zu duschen. Das ist schon sehr schwierig. Sie wird auch gespritzt, ist Diabetiker, auch nur einmal und sie macht ständig Stress. Sie schimpft über alles, über jeden und seit sie hier ist, ist alles schlecht, das hat sie zwar in Maxen auch schon gesagt, und das belastet dann auch ganz doll auch die anderen mit. Weil sie nur schimpft, sie sitzt dann am Tisch oben

im Speiseraum und schimpft über alles über jeden. Und das ganz schön belastend dann irgendwo. Was die anderen Heimbewohner dann auch wieder aufwiegelt. Wenn sie in der Kirche sitzt, Sonnabend, sie riecht ganz streng dann wieder, und dann kommen sonnabends auch Leute aus dem Ort mit, das ist öffentlich. Dann haben wir manchmal ein richtig schlechtes Gewissen, sagen oh Gott, die werden wieder denken, die waschen ihre Leute nicht ordentlich. Aber die kann man eben geduscht haben, am Tage vornweg und danach oder ein paar Stunden später riecht sie schon wieder so doll. Das ist schon ärgerlich auch für uns so. Aber da kann man nicht ran und das ist ihre Erkrankung eben, sie lässt uns da nicht ran, so dass man da sagen könnte, „so geben sie ihre Schlüpfher“ und so das geht überhaupt nicht. Da wird sie richtig böse.

*I: Beschreiben Sie genau, wie Sie sich in diesem Fall verhalten haben?*

Frau L: Wir versuchen immer das ruhig zu regeln, auch mit dem Duschen, das sind auch nicht alle die das dürfen. In Ruhe zu reden und das man sie wieder zur Ruhe bekommt und dann auch den anderen Bewohnern gegenüber: „... sie wissen doch, sie regt sich immer so auf und sagen sie jetzt gar nichts, sonst wird sie auch noch mehr böse ...“. Also ganz in Ruhe, auf keinen Fall aggressiv, oder auch hektisch oder sie am Arm fassen, auf keinen Fall, alles in Ruhe, seriös, sonst kommt man überhaupt da nicht zum Ziel.

*I: Kommt das mal vor, dass man so als Pflegeperson ein bisschen anders reagiert oder überreagiert oder ausrastet, will ich jetzt nicht sagen?*

Frau L: Es gibt einige, die vom Typ her auch anders sind. Aber ich selbst, mich bringt eigentlich kaum mal was aus der Ruhe. Deswegen komme ich eigentlich mit Bewohnern und mit dem Personal auch immer super klar.

*I: Und die Dame, die Bewohnerin, wie verhält die sich in so einem Fall, wenn sie nicht geduscht werden will?*

Frau L: Ja sie äußert das und wenn sie nicht will, dann geht auch nicht. Dann kann man's echt nicht, dann geht gar nichts. Ich weiß sie würde dann die ganze Station oben mobil machen und das kann man nicht, es will ja jeder auch seine Ruhe haben.

*I: Was war das Ergebnis dieser Situation durch Ihr Verhalten?*

Frau L: Das man eigentlich mit seiner Arbeit unzufrieden ist, am Ende, weil man es wieder nicht geschafft hat.

*I: Reden Sie auch mit anderen darüber?*

Frau L: Ja wir unterhalten uns dann auch in der Übergabe oder einmal im Monat haben wir dann Teamsitzung, da geht's dann auch wieder über solche Probleme. Und wir haben es jetzt auch durchgesetzt, dass wir es eben schaffen, 2-mal sie zu duschen, was erst überhaupt nicht ging. Und erst war es auch so, da durften nur 2 Betreuer sie duschen, von den anderen hat sie es überhaupt nicht machen lassen. Da gucken wir jetzt immer ein bisschen, wer Dienst hat, dass es wenigstens jemand ist, die so ein bisschen ruhig sind und nicht so auf sie doll einreden. Das sie es dann irgendwo auch machen lässt.

***Fragen zur Qualität in der Einrichtung: Einschätzung der Pflegequalität in der Einrichtung***

*I: Wie beurteilen Sie die Qualität der Pflege in dieser Einrichtung?*

Frau L: Also ich würde sagen, so wir uns, wir haben uns ja auch alle neu zusammen gefunden vom Kollektiv her. Es hat sich eigentlich angetan, muss ich sagen. Die Pflege ist eigentlich sehr ordentlich, wird gewissenhaft gemacht. Es ist auch ständig Kontrolle, wenn was jetzt nicht klappt, kommt sofort von der Pflegedienstleitung und so: „also hier gucke mal, das gefällt uns noch nicht“, oder auch dann kommt von Z der Herr X der da für uns zuständig ist. Der schaut dann in die Pflegeplanung, nimmt sich eine raus und sagt: „hier müsst ihr noch gucken, das muss auf jeden Fall besser werden“ und so. Das mit der Pflege und so, würde ich sagen ist eigentlich zufriedenstellend. Ich würde sagen, ich würde mich wohl fühlen als älterer Mensch hier. Natürlich ist es immer so, es sind ja Krankheitsbilder auch, manche sind von ihrer Art her, das sie ständig was zu schimpfen haben und auch wie ein bisschen aggressiv wirken, das ist ganz normal. Und deswegen sind die ja hier im Pflegeheim, nicht zu Hause. Ich finde die Betreuung ist gut und da wir ja nun noch ein bisschen Unterstützung haben durch FSJ-ler oder dann wieder diese 1-Euro-Jobber, da haben wir einige oder die Praktikanten von der Schule, das hilft schon viel. Die machen zwar nicht so die pflegerischen Arbeiten, aber schon so nebensächliche Sachen, wie gerade mal wieder die Blumen frisch machen, was die Bewohner nicht machen können und wo einem dann auch echt die Zeit fehlt dazu. Das ist schon gut, dass man da jemanden hat, die da auch uns bisschen mit zu Hand gehen.

*I: Was würden Sie als Stärken beschreiben in der Pflegequalität?*

Frau L: Also eine Stärke würde ich schon sagen, dass wir ordentlich nach diesem Pflegeplan arbeiten. Das ist ganz wichtig und dadurch ist auch ein Prinzip drin und jeder weiß wie es lang geht. Wir haben auch in beiden Wohnbereichen alles gleich und dadurch wenn mal einer ausfällt, und man in den anderen Wohnbereich muss, da findet man sich auch zurecht. Man kennt zwar die Bewohner dort nicht alle ganz genau aber dadurch weiß man genau, wie es lang geht und da gibt's Kein Durcheinander. Da kann man auch schnell mal aushelfen. Auch die Räumlichkeiten haben wir fast alles gleich eingerichtet, die beiden Stationen und das ist gut, die Pflegeverhältnisse.

*I: Was würden Sie eher als Schwächen betrachten, was verbesserungsbedürftig wäre?*

Frau L: Verbesserungsbedürftig: wir haben eigentlich zu wenig Zeit mit den Rollstuhlfahrerleuten raus zu gehen. Es fehlt auch an Cityliegen, wo man die Bettlägerigen besser auf eine Terrasse herausfahren kann. Das haben wir nicht so. Ich kenn's auch von anderen Einrichtungen, die haben so Lifte wo sie besser drin stehen können, wo man sie besser handhaben kann zum Toilettengang oder so. Das haben wir auch nicht. Wir haben zwar fürs Bad so einen Hängelifter, wo man sie reinhängen kann und dann so einen Sitzlifter, aber von den anderen (Geräten) fehlt noch was. Aber das ja auch eine Geldfrage.

*I: Und was könnte man ändern zum Beispiel, was die Rollstuhlfahrer betrifft um sie mehr nach draußen begleiten zu können?*

Frau L: (-verlegen-) Das ist personalbedingt.

**Anregungen für Qualitätsentwicklung**

*I: Welche Ziele in Bezug auf die Pflege sollten in der Zukunft erreicht werden?*

Frau L: Also es müsste sich zumindest auf keinen Fall verschlechtern, es sollte so bleiben wie es ist und ein bisschen immer daran gearbeitet werden, dass man was findet, was wieder mal verbessert werden kann. Im Bad haben wir jetzt was gemacht, das war vorher so ein bisschen steril, das haben wir jetzt so mit Bildern ein bisschen hübsch gemacht, so dass sich die Bewohner auch wohlfühlen. Eigentlich haben wir versucht im Wohnbereich immer mal wieder was neu zu gestalten, dass die sich besser angenommen fühlen. Es gibt zwar dann auch manchmal Probleme. Wir haben gerade für eine Heimbewohnerin, die ist Sekretärin gewesen und immer ständig in Bewegung mit ihrer Tasche und will immer arbeiten, einen alten Schreibtisch in den Wohnbereich gestellt in so eine Nische und haben ihr das so ein bisschen zurechtgemacht. Da hört man aber wieder von anderen Bewohnern: „eh warum wird der ein Schreibtisch hergestellt ...“ Eigentlich hätten die das auch akzeptieren können, dass das was Gutes ist, aber es ist eben schwierig doch, weil die ihre eigenen Erkrankungen vielleicht gar nicht mehr so wahrnehmen können.

*I: die anderen Bewohner?*

Frau L: Ja, Ja.

*I: was machen Sie dann in so einer Situation?*

Frau L: Wir erklären denen das. Aber grade bei den Dementen bleibt das eben nicht hängen. Das ist am nächsten Tag dieselbe Frage wieder, oder so. Und dann eben immer wieder in Ruhe erklären und dann auch mal was für ihn schönes zeigen, das für ihn auch was gemacht wurde: „was haben sie hier für schöne Blumen ...“ Oder mit Musik.

*I: Was ist dann das Ergebnis solch einer Situation?*

Frau L: Ja also gerade mit dem Schreibtisch, das hat sich jetzt wieder gelegt. Und jetzt redet keiner mehr drüber, jetzt ist es o. k. so. „Eigentlich haben wir ja sowieso nicht auf diesem Sofa gesessen, sondern nur auf dem Sessel“ aber gut es muss erst mal geklärt werden warum und weshalb.

*I: Und die Bewohnerin, die Sekretärin war, nutzt die den Schreibtisch?*

Frau L: Im Moment noch wenig, aber sie ist auch nicht so lange bei uns. Wir müssen sie erst mal langsam ranführen.

*I: Was sollte sich grundsätzlich noch in der Zukunft ändern bezüglich der Organisation des Hauses?*

Frau L: Manchmal gibt es ein bisschen Diskrepanzen mit unserer Apotheke, aber da haben wir auch schon versucht, das ordentlich in den Griff zu kriegen. Das dass eben auch nur die Nachtschicht macht, Einräumen und auch so die Bestellungen das alles nicht so viele Fehlmeldungen sind. Ansonsten läuft's eigentlich gut, auch im Team und mit den Ärzten. Wir haben dann auch einen Briefkasten hier unten bei der Sekretärin, wenn irgendwas ist wird es aufgeschrieben und in den Briefkasten gelegt. Das es dann unten auch die Leitung weiß. Also der Informationsfluss klappt eigentlich gut, würde ich sagen.



*I: Gut. Ich danke Ihnen und wünsche Ihnen noch einen schönen Tag!*

Frau L: Ja bitte! Danke.

**Interview Nr. 05: I (Interviewer), Herr M (interviewter Mitarbeiter)*****Berufsbiographische Angaben***

*I: Zunächst habe ich ein paar Fragen zu Ihrer Person und Ihrem Beruf.*

*I: Wie alt sind Sie?*

Herr M: Ich bin 37.

*I: Wie sind Sie zu diesem Beruf gekommen?*

Herr M: Ach das ist ne lange Geschichte. Sagen wir's mal so, ich hatte erst vor ein paar Jahren einen Arbeitsunfall gehabt und musste meinen alten Beruf an Nagel hängen und durch sehr gute Beziehungen kriegte man die Möglichkeit eine Umschulung zu machen. Und da hab ich mich dann auf dem Wege entschieden, hier. Eigentlich wollte ich so Fahrdienste machen und das hatte nicht so ganz funktioniert, hab zwar den B-Schein und alles, mache auch hier Ausfahrten mit für die alten Leute, weil die mir auch so leid tun und wenn ich das so sehe, wenn die in den Mahlzeiten so dahinsiechen, sage ich mal so. Und so machen wir dann jede Woche einen Tag mal ne Ausfahrt.

*I: Welche Ausbildung haben Sie gemacht?*

Herr M: Ich bin eigentlich Krankenpflegehelfer und bin hier als Altenpflegehelfer. Weil es in der Altenpflege keine Krankenpfleger gibt. Und da ist das umgewandelt worden zum Altenpflegehelfer.

*I: Und was haben Sie vorher für eine Ausbildung und Beruf gemacht?*

Herr M: Ich war vorher auf dem Bau, Maurer.

*I: Das ist ja ein völlig anderes Gebiet?*

Herr M: Na ich sage mal an den Sachen hat sich nichts geändert, weiß ist weiß, aber auf der einen Seite bin ich ganz froh, das damals der Unfall gekommen ist und wenn ich so sehe wie das alles den Bach runter geht (I: die Baubranche). Und mit dem Knie hatte ich ein bisschen Probleme und die Umschulung sollte eigentlich nicht stattfinden aufgrund der Belastungen der jetzigen Tätigkeit. Vorher war's schon ne Belastung gewesen und jetzt auch und dass ich wenigstens am Sozialleben noch ein bisschen was hab, irgendwie, und dadurch ...

*I: Welche Entscheidung führte dazu, dass Sie diesen Beruf jetzt auszuüben?*

Herr M: (-überlegt-) Na ja ich würde mal sagen die Freude erst mal mit dran mit alten Leuten, wenn man's so allgemein sieht. Man hat's ja auch schon vorher gesehen, selbst wo ich noch nicht mit dem Beruf hatte. Na ja, jetzt kann mal auch selber mal reinriechen und mal sagen, es ist auch wirklich so. Wenn man mal mit Bekannten geredet hat...

*I: Warum sind Sie in dieser Einrichtung tätig?*

Herr M: Das ist weil das, wie soll ich's denn sagen. Wo das alles anlief bei mir war ja noch kein Grundstein irgendwie. Es hätte auch in einer anderen Einrichtung sein können, aber da ich sowieso aus B. bin, und da hat es immer geheißen, noch ein bisschen warten wann es losgehen wird. Das war schon alles zugesagt und hab dann halt noch gewartet. Ich bin auch von Anfang an dabei. Ich weiß noch am 1. Dezember 2003, das war ja der erste Arbeitstag allgemein für alle Kollegen und ich hab aber im November schon angefangen die Betten mit einzurichten, Schränke aufbauen, usw. Da ist man schon stolz drauf, wenn

man sagen kann, man hat das Ding mit hochgefahren. Es kommen auch ganz Alteingesessene von M. mit, aber so als Neuer kann man schon sagen, biste mit alteingesessen.

*I: Waren Sie vorher, nach Ihrer Umschulung schon in anderen pflegerischen Zusammenhängen tätig?*

Herr M: Nee, nee, direkt hier her nach dem Krankheitszustand.

***Fragen zur Bedeutung des Qualitätsmanagements und den Zielen der Arbeit: Stellenwert und Ziele der Arbeit***

*I: Was ist Ihnen als Person in ihrer Arbeit wichtig?*

Herr M: Das es den Leuten vor allen Dingen gut geht. Das ist erst mal das A und O. Und vor allen Dingen auch viel Eingehen auf die Leute. Das man auch die Einsamkeit nimmt. Viele kommen hier her und sagen „ach wir sind jetzt auf dem Abstellgleis“. Das sind alles solche Sachen die man wegnehmen sollte einfach. Einfach sagen, das ist nicht so und eben auch schön motivieren immer wieder motivieren. Weil viele sind wirklich sehr sensibel. Wo man sagen kann immer wieder darauf eingehen und auch mal hinsetzte. Ich meine es ist klar, es ist nicht immer gerade gleich die Zeit da, aber man sollte sich schon doch mal die Zeit nehmen. Oder, wenn's wirklich nicht ist, wo du sagst, ich hab jetzt um die und die Zeit Feierabend, hänge ich ne Stunde von mir aus mal dran, unentgeltlich jetzt mal, weil ich vorher nicht die Zeit hatte, so mit den Leuten zu reden.

*I: Was ist das Ziel ihrer Arbeit als Pflegekraft?*

Herr M: Als Pflegekraft ist es erst mal die ganzen Krankheiten, die sich da eventuell könnten anbahnen, zu vermeiden. Gerade wichtig, Bettlägerige ständig lagern, den wie schnell holt er sich einen Dekubitus rein. Und ich weiß nicht, dass kennen Sie vielleicht ja auch vom Hörensagen, wenn das einmal offen ist, das geht wieder zu machen, aber es ist eben ein langwieriger Prozess, mit viel Aufwand, viel Geduld, viel Pflege, viel Unterstützung. Auch dass selbst mit Gefühl vom Heimbewohner selber, also wenn man auch merkt dass er selbst auch keine Lust irgendwie mehr hat, sind ja alles so Optionen. Es gibt immer so ein Sprichwort, „wenn man des Lebens ...“, wie sagt man, „wenn der Lebenswille dann nachlässt“, oder wenn er dann nicht mehr da ist. Das sollte schon alles ein bisschen miteinander, also Verständnis, ich meine es ist auch eine schmerzhaftes Prozedur, alles, aber es gibt schon so Sachen halt...

*I: Woran machen Sie Qualität in der Pflege und Betreuung fest?*

Herr M: Qualität, also das A und O. Woran soll ich das den jetzt...

*I: Was ist für Sie Qualität in der Pflege und Betreuung?*

Herr M: Qualität ist für jetzt faktisch, das muss klappen, ich muss mich drauf verlassen können. Wenn ich jetzt sage irgendwie, oder ich geh jetzt von mir auch mal aus, es hat, ob es ein Verband ist oder allgemein, jetzt mal auf Ganze, auf den ganzen Grund hin, das A und O. Es darf eben nichts passieren, es kann mal was passieren, sollte aber nicht zur Gewohnheit werden. Es wird verlangt und es ist halt so und da gibt's auch dann, wenn's drauf ankommt kein diskutieren. Auch wenn ich jetzt jemanden anders delegiere und sage „... gehste dort hin, machste das und das ...“, verlasse ich mich drauf, und wenn ich dann sage ich geh nicht noch mal rein, manchmal ist es durch einen dummen Zufall, dass ich noch mal rein muss, das hat nichts mit Kontrolle zu tun und dann seh ich das. Und dann

gehe ich auf denjenigen zu und sage eben „... pass mal auf, ich hab das und das gesagt, das muss klappen, das setze ich voraus ...“. Wir kriegen es ja auch von unserem Wohnbereichsleiter gesagt. Das hat zu klappen, da gibt's auch keine Diskussion. Und ist das A und O in der Qualität.

*I: Was ist das genau, was da klappen sollte?*

Herr M: Die ganze Mitarbeit, die Zuverlässigkeit. Nicht dass jetzt einer sagt, „ja, ja, ich hab's gemacht“ und dann ist es doch nicht so richtig gemacht, wie es sein sollte. Von der Seite jetzt her. Ich meine erzählen kann man auch viel und sagen, ja, ja, aber vielleicht mit dem Trinken eventuell: „... hat er getrunken?“ Und wir kriegen dann gesagt, „... ja der hat so und soviel getrunken ...“ Ich meine man ist dann ja auch kein Dummer und weiß, die Frau So und So, das kann nicht hin hauen. Die hat niemals 200 ml in der kurzen Zeit getrunken. Die trinkt das, aber schluckweise. Da haben wir schon manchmal so Experten gehabt. Das ist das wo man sagen, kann das ist Mist. Man kann doch, ist doch nichts schlimmes, wen derjenige das nicht hat.... Qualität, würde ich auch denken, ist auch ein großer Teil von Ehrlichkeit auch. Wo man sich auch miteinander und zueinander, würde ich mal ... wenn man sich verlässt drauf. Ich meine nach Außen hin tut man dann auch was verkörpern und wenn das dann schon untereinander nicht stimmt, kann man auch nicht von Qualität irgendwie reden. Es kann ja nicht sein, dass der eine sagt so und der nächste so, das sollte schon passen.

### **Anzeichen von Qualität**

*I: Was macht eine gute Pflege und Betreuung aus?*

Herr M: Für mich selber jetzt, oder bewohnerbezogen oder allgemein?

*I: Schon auf den Bewohner bezogen, also wo würden Sie sagen, das ist eine gute Pflege und Betreuung.*

Herr M: Das er sich rundum wohl fühlt. Wirklich drauf eingehen, was es ist. Wir sind ja selber auch eingeteilt auf Bezugspersonen, das heißt jetzt 2 Gruppen, 2 Pflegekräfte auf 6 Bewohner. Das sind unsere Leute. Natürlich wenn es jetzt mal woanders klingelt, gehen wir auch mit hin. Aber das sind so unsere Leute. Wie das eben so ist in der ganzen Pflege und alles, mit den Sachen, das alles schön da ist, ob das ganze Räumliche, im Zimmer und auf alles eben eingehen. Auf seine ganzen Wünsche und was er eben so alles hat. Das ist unsere Aufgabe als Bezugsperson. Wenn er sagt, „... ich hätte gern dies und jenes ...“. Dann kriegt er das auch und dasselbe ist auch umgekehrt, wenn wir sagen „... Herr und Frau So und so, heute machen wir das so und so, weil das und das ...“ dann ist das auch in Ordnung. Und wenn alles beides gut miteinander klappt, dann ist das auch eine Vertrauenssache, das ist so bei uns.

### **Fragen zu Situationen und Verhaltensweisen von Personen an denen Qualität sichtbar wird: Beschreibung positiver critical Incidents**

*I: Welche typischen (auffallenden) Situationen aus dem Arbeitsalltag der letzten Tage sind Ihnen besonders in Erinnerung geblieben? Beschreiben Sie eine Situation wo sie denken, dass etwas gut geklappt hat zwischen Ihnen und einem Bewohner?*

Herr M: Also jetzt von pflegerischen her, wenn jetzt einer so abgebaut hat oder so ... Da gibt's viele Beispiele. Für mich es eben schon so schlimmer, wenn ich jetzt mal 2 oder 3 Tage frei hatte und ich bin vor den 3 Tagen so vom Dienst gegangen. Komm dann nach 3

Tagen wieder und dann heißt es die Frau So und so liegt im Bett. Da fragt man doch schon mal Erschreckenderweise, „...wieso den das?“ Das sind so erschreckende Momente irgendwie. Wir haben auch gerade eine Bewohnerin, die wird nun zum Bettleger werden, hat immer schön auf dem Rollstuhl draußen gesessen, hat an Veranstaltungen unten teil genommen, Basteln, Spiel-Runden, Ausfahrten gingen ein bisschen schlecht. Das ist es nun dass ... Man kann nun zwar sagen „...die Frau war doch immer mit unten gewesen oder hat mal bei unseren Vögelchen oben mit gesessen und nun ist's aus.“

*I: Wie haben Sie sich in dieser Situation verhalten, beispielsweise der Frau gegenüber?*

Herr M: Immer gute Miene, gutes Spiel, weiter motivieren. Es kommen auch mal Tränen, wo man sagt „... tun sie doch jetzt nicht gleich weinen ...“ Immer versuchen wieder die Motivation zu geben, gut einreden, dass das Selbstvertrauen erhalten bleibt. Na ich meine wir wissen selber das wird nicht mehr besser, aber andersherum bringen wir ihr es rüber „... wenn wir es jetzt so und so machen, das klappt schon wieder ...“. Man versucht es dann immer wieder nach 2, 3 Tagen, wo man sagt „... komm wie setzten sie mal ne halbe Stunde raus ...“. Auch wenn wir wissen, das bringt nichts. Aber es hat mit uns nichts zu tun, der Bewohner soll es ja mitkriegen. Wissen Sie der freut sich dann so herrlich, wenn er dann draußen sitzt und auch die anderen Leuten dann wieder „...och du heute draußen, Mensch ...!“. Das sind schon manchmal bewegte Momente. Selber tut es einem auch manchmal alles weh, mir selber auch, muss ich auch sagen wie es ist, wenn man das so sieht. Ich hab jetzt schon selber viele verfolgt, so vom Laufen, wo sie gekommen sind bis zum Rollstuhl, bis zum Liegen im Bett, bis zum versterben eben. Das sind schon dann auch so bewegte Momente, wo man dann auch sagt „mein lieber Mann“. Man unterhält sich auch mal so im Pflegebereich wo man dann so sagt „... weißte noch die Frau oder Herr So und so, das waren Zeiten ... lustig und ...“. Ich meine es kommen ja neue Leute auch, aber man denkt auch viel zurück irgendwie, weil es ja mit den vorhergehenden Leuten genauso viel Spaß gemacht hat. Ich meine es ist nun mal, so hart, wie es klingt, der Rhythmus in so einem Pflegeheim oder Altenpflegeheim. Es ist halt so.

*I: Wie verhalten Sie sich zum Beispiel in solchen Situation, wenn Sie im Team darüber sprechen?*

Herr M: Also es wird eigentlich gut mit dem Mitarbeiter umgegangen. Selber privat, gut o. k., da versucht man erst mal abzuschalten. Ich meine das bringt dann auch nichts wenn du dann zu Hause irgendwie rummurrst und so. Aber so im Team kommen gute Vorschläge, gute Verständnis-Sachen rüber.

*I: Was sind das so für Vorschläge?*

Herr M: Man könnte noch einiges verbessern, der eine gibt einen Tipp, „versuch es doch mal so“, wo man sagt, „da hast du recht, das ist ne Möglichkeit.“ Man selber überlegt ja auch vieles und kommt nicht gleich drauf. Manchmal sind es wirklich die einfachsten Sachen, auf die man gar nicht kommt, weil man dann so krampfhaft überlegt. Und der nächst dag wieder „weißte was ist hab heute mal mit der das und das gemacht“. Wo ich dann wieder sage, weil ich es gar nicht kenne, „das ging, das klappte?“ „Na freilich, wunderbar“. Wie es auch bei uns so ist, es ist nicht jeder Tag gleich. Mal sind se gut drauf, mal sind se stinkig, also nicht gut drauf. Das ist situationsbedingt.

***Beschreibung negativer critical Incidents***

*I: Und gibst jetzt so eine wirklich gute Situation, an die Sie sich erinnern können, die positiv war, wo sie sagen könnten, das hat mich jetzt aufgebaut oder bestätigt?*

Herr M: Na ja höchstens die Frau X, bei uns oben. Wo die gekommen war, haben wir auch erst gedacht ... Die Hände und Füße ein bisschen deformiert, da haben wir gedacht ... Mann muss ja helfen, und dann denkste dann auch so das wird nichts. Aber trotzdem dann Physiotherapie. Und wenn ich jetzt so sehe, sie selber mal beim betreuen, Kullertränen ohne Ende, immer wieder geredet, alles wieder ... Man passt dann schon auf, dass man sie auch an den und den Tisch setzt, mit denen kommt sie gut klar. Und es hat sich auch rentiert, muss ich auch sagen. Und das ist dann so was, muss ich sagen. Jetzt ist sie gut drauf, sie hat aus, wie mal jetzt krass gesagt, wie aus dem Ei gepellt vom äußerlichen alles her. Kriegt sie ach mal so eine Schlüssel, da sind so kleine Näpfchen drinne, das machen wir für uns im Bewusstsein und für sie vielleicht nicht ganz. Aber in dem Moment, wo wir sagen, die hat so mit den Fingern so ein bisschen zu tun. Da sagen wir dann der Servicekraft, da tun sie ihr so ein bisschen helfen und dann freut sich die Servicekraft. Aber für uns selber, sagen wir uns im Stillen, ist es gut mit den Fingern. Und das sind so gute Sachen, wo man sagt, die hat gute Fortschritte gemacht. Und dann ist auch die Mitarbeit da. Bei vielen ist ja gar keine richtige Mitarbeit, sie stellen sich stur, oder sagen im Vorfeld schon gleich nein. Wo wir dann sagen „... machen sie es doch einfach mal, gehen sie nicht mit so einer Einstellung ran, aber jetzt schon im Vorfeld nein sagen, da kommen wir auf keinen grünen Zweig. Gehen sie einfach mal mit, gucken sie sich's mal an. Morgen ist wieder um die selbe Zeit was los, da ist was anderes, aber nicht schon so voreingenommen und sagen, nee ich geh nicht mit, hab keine Lust.“ Nur oben sitzen und so. Das ist es zum Beispiel die Frau X, da brauch man bloß hingehen: „... heute ist wieder um 10 unten was los, wolln sie mit?“ Hat alles stehen und liegen gelassen, das war erst nie gewesen, wollte eigentlich immer nur ins Zimmer geschoben werden, für sich alleine sein. Das sind so bewegte Sachen, wo man sagen kann, man hat sie jetzt aus ihrer Einsamkeit raus und in den Alltag mit integriert. Und jetzt, wenn man sie oben sitzen sieht, herrlich, das ist so schön dann eben.

*I: Wie haben Sie das geschafft, sie da so in den Alltag zu integrieren?*

Herr M: Einfach immer wieder drauf eingehen. Auch wenn man vielleicht denkt, das ist schon wieder ein bisschen nervig für sie. Solche Situationen ergeben sich auch schon beim Waschen früh, man kommt da ins Gespräch. Du kannst da ja auch nicht nur dastehen und keinen Ton sagen, denjenigen nur waschen. Wo wir dann so „...ach wissen sie heute ist doch wieder dort was los, ich fahr sie erst mal zum Frühstück vor und dann gibst noch das zweite Frühstück und mal sehen, wenn alles gut klappt, müsste auch heute unten was los sein, haben sie nicht mal Lust, da mitzugehen.“ Und dann wir meistens auch schon gefragt, „...was ist denn da los?“ Und das ist dann immer schon ein Zeichen, dass da schon irgendwie Interesse erst mal da ist. Und wenn man dann sagt, wie heute zum Beispiel „... ist dann Rätselrunde mit Basteln ...“, und „...wenn es mit den Fingern nicht klappt, oder irgendwie was anderes ...“, sage ich, „... ist immer Hilfe da, die Ihnen dann Unterstützung gibt.“ Es geht dann eben auch mal um das rauskommen, nicht unbedingt ums mitmachen. Oder wo wir auch sagen „... wissen sie was, wir setzten sie heute mal oben zu der Frau X, haben sie was dagegen, mit denen können sie sich schön unterhalten

...“ Das ist dann auch das innere Selbstwertgefühl ... Wenn man dann vielleicht wieder sagt um 5 rum, kurz vor halb 6 ist dann Abendbrot, und dann holt man die Leute alle wieder ein bisschen von dort überall zusammen und man fragt dann „... na ...“ da wird das dann auch betätigt „...es war gut, wir haben das und das geredet ...“. Das ist doch herrlich so was.

*I: Und das Ergebnis solch einer Situation, wie drückt es sich aus bei den Bewohnern?*

Herr M: Ich denke mal selbstsicher. Die tun dann auch andere mit aufbauen. Man kann dann sagen, gerade bei der Frau, über die wir geredet haben, da hatten wir auch erst einen Neuzugang und die saß dann ein bisschen am Tisch daneben. Da kann man dann schon mal sagen „...Frau X, tun sie mal ein bisschen die Frau, sie wissen doch, sie haben doch auch in der letzten Zeit immer schön geredet und machen mal schön mit und tun sie mal die Frau ein bisschen hier ...“. Das macht sich in der Richtung bemerkbar, weil sie vorher nicht so gewesen war. Und das ist wie ein Zuarbeit und dann wie eine Weiterarbeit. Wir haben sie selber erst man dort hin gebracht, wo wir sie hin haben wollten. Man tut das dann ein bisschen beobachten, es spricht sich auch dann rum bei Teamsitzungen, wo man dann mal einige Leute auswertet, wo man sagen kann, „... die hat sich gut eingelebt, die hat sich ganz schön gemausert. Die tut sogar schon die Frau so und so jetzt ein bisschen mit anspornen, gerade Spiele-Runde „Mensch ärgere Dich nicht“ ...“ Es wurde dann nicht schon im Vorfeld gesagt „...nee mach ich nicht“. Einfach machen und so. Und das sind dann solche Mimiken und Gestiken, wo die dann sagen „... spiel doch mal mit ...“, so gibt es sich dann praktisch weiter alles.

Fragen zur Qualität in der Einrichtung: Einschätzung der Pflegequalität in der Einrichtung:

*I: Wie beurteilen Sie die Qualität der Pflege in dieser Einrichtung?*

Herr M: Also ne 1+. Das würde ihnen jetzt hier jeder so sagen. Gucken Sie ich war im Krankenhaus vorher gewesen, wo ich hier angefangen hab, ich hatte echte Probleme gehabt. Ich hab immer gesagt gehabt, hier im Krankenhaus, war es so und so. Gerade so mit Lagerungen. Weil es sind hier auch Lagerungssachen da, die werden manchmal nicht so groß eingesetzt, obwohl sie da sind. Und da hab ich am Anfang immer gesagt gehabt im Krankenhaus war es so und so, das war immer mein Problem gewesen. Da ist mir gesagt worden mal ein bisschen trennen, Altenpflegeheim ist kein Krankenhaus. Es hat lange gedauert. Wenn man Dekubitus-Fälle hatten, ich sage mal im Krankenhaus haben die dann erst mal ein großes Gelkissen reingelegt, so ein fettes Gelkissen, sind fast 2 cm stark. Wenn ich das hier wieder vorgetragen habe, dann ... Ist gut jede Einrichtung muss auch mit dem Geld ein bisschen ... Und das waren dann immer solche springenden Punkte ... Klar das hieß immer „... du hast recht, aber es kostet Geld ...“. Und das habe ich mir dann eigentlich auch mir vom Hals geschafft, wo ich dann mir selber auch gesagt habe „... du hast deine Ausbildung im Krankenhaus gemacht, das ist ne Welt für sich und du arbeitest hier im Altenpflegeheim, das ist ne Welt für sich.“ Und die Pflege ist, würde ich mal sagen in allen beiden Bereichen gut oder beziehungsweise sehr gut, nur auf einer anderen Basis eben.

*I: Was würden Sie als Stärken bezeichnen in der Pflegequalität?*

Herr M: Wie jetzt als Stärken?

*I: Was ist besonders gut hier in der Pflegequalität? Oder anders, was ist eine Schwäche in der Pflegequalität, was wäre veränderungsbedürftig?*

Herr M: Eine Schwäche wäre für mich, was wir gerade angesprochen hatten, die Bettleger zum Beispiel, da gibt's ja so im Krankenhaus zum Beispiel, jetzt komm ich doch wieder auf Krankenhaus zu sprechen. Die Betten haben ein Einheitsmaß, im Krankenhaus die auch, dort kann man aber das Fußteil rausziehen und kann eine Bettverlängerung rein machen, das geht hier nicht. Das sind hier hydraulische Betten, alles Elektronische. Da hat es dann hier, da haben wir wieder solche großen ledernen Lagerungskissen, die kommen ans Fußende vorne rein, wegen der Spitzfußprophylaxe usw., das wird nicht genutzt. Wo ich dann mich auch ärgere und ich sag dann manchmal zu meinen Kollegen, „... aber das ist doch da, das Zeug, warum wird das denn nicht genommen?“ Und mit einigen Kollegen arbeitest du dann zusammen, wo ich dann sage, „... komm wir machen das jetzt rein“. Und dann bist du mal 2 Tage nicht da, kommst dann wieder arbeiten und dann ist es wieder raus. Ich weiß nicht, das kann ich nicht nachvollziehen, warum? Warum wird es raus genommen? Ich weiß auch nicht, wer es macht, ich frag da auch nicht nach. Ich bin der einzige Mann auf unserem Wohnbereich oben, mit 9 Frauen um mich und es schon manchmal wie im Kindergarten so, krass gesagt. Da habe ich auch nicht nach. Bloß' ich kann's manchmal auch nicht nachvollziehen. Denn wenn das Zeug da ist, dann kann's doch genommen werden. Wir haben einen großen Raum, da steht dran Lagerungsraum, und da lacht dich das Zeug alles an. Also es sollte mehr eingesetzt werden, das Lagerungszeug, wenn's da ist.

*I: Vielleicht fallen Ihnen jetzt ein paar Stärken der Pflegequalität ein, nach dem Sie nun Schwächen aufgezählt haben?*

Herr M: Na, ja es klappt einfach, sagen wir es mal so, rundum.

*I: Der Ablauf oder die Mitarbeiter untereinander?*

Herr M: Das klappt, Von Dienst zu Dienst erfolgt eine richtige Übergabe, da wird eben richtig auch alles erzählt, was los war, bei wem sich was verschlechtert hat, wo man drauf achten sollte, oder wo es gut aussieht. Wo man auch ein bisschen was vermeiden könnte, weil stellenweise sind auch Sparmaßnahmen mit dran, wo man sagt, dass muss nicht sein. Positiv ist auch immer sehr, wo man sagen kann, der Herr oder die Frau so und so kriegt vormittags nur noch ne Einlage, keine Windel mehr. Das macht auch viel aus und das Zeug ist heutzutage auch nicht gerade alles sehr billig. Was positiv erfolgt ist, wo man sagen kann das Toilettentraining klappt und das zu äußern, wenn sie merken, da ist ein Druckgefühl da, ob nun stuhlgangmäßig oder urinmäßig irgendwie, die haben das unter Kontrolle. Das sind auch so positive Eindrücke, wo man sagt, das klappt einfach.

### **Anregungen für Qualitätsentwicklung**

*I: Welche Ziele in Bezug auf die Pflege sollen zukünftig erreicht werden?*

Herr M: Es müsste besser sein.



*I: Was genau?*

Herr M: Es dürfte nicht so sehr bei den Prophylaxen, Grundprophylaxen in der Pflege gespart werden. Für meine Verhältnisse hat das da zu sein. Ich geh jetzt mal wieder vom Krankenhaus aus, da hatten wir unseren Kasack angehabt und da hatten wir unsere Taschen vorne mit unter anderem Franzbranntwein und das ist so ne Prophylaxe, gerade bei den Bettlägerigen, da wird der Rücken eingerieben zur Anregung der Blutzirkulierung. Und dann guckst du hier bei manchen in das Schubfach rein und da ist nichts. Das gehört einfach dazu. Und das ist es eben wo man sagen kann, dort sollte man wirklich mal bisschen die Pflege noch mehr verbessern. Und wenn man dann noch fragt, „... warum hat denn die das nicht und der das nicht, das ist Mist.

*I: Was kann man dann machen, als Vorschlag von Ihnen?*

Herr M: Na der Vorschlag wäre jetzt, wie sieht's aus, trägt das das Haus nun, gerade mal so ne Flasche Franzbranntwein, ich weiß ja nicht wie die Spielregeln immer so sind, irgendwie. Und wenn es nicht das Haus trägt muss man dann eben, wenn es jetzt einer aus meiner Bezugspflege wäre, dann ist das dann meine Pflicht mal die Angehörigen anzusprechen. „Wie sieht's denn mal aus mit 'ner großen Flasche Franzbranntwein ..., von dem noch ein bisschen Creme und von da noch ein bisschen Creme, weil es nicht übers Haus laufen kann, aber es wäre schon mal ganz gut und ratsam, wenn es mit da wäre.“ Und dann gibt es meistens keine Probleme in der Richtung und die Angehörigen holen das dann auch.

*I: Also müssten dann auch die Angehörigen mehr angesprochen werden?*

Herr M: Ja und auch in anderen Einrichtungen, wie Krankenhäusern zum Beispiel, das ist eben so ein Zeug, da machste das Schubfach auf und holst die so ne Flasche raus. Das ist Standard, das ist einfach da. Das ist hier nicht. Gerade so, wieder die Grundprophylaxe, da ist ja auch bei Bettlägerigen, viele haben eine trockene Haut, da muss man dann eben Rückfetten und Einreiben und machen. Da gehst du eben auf die Angehörigen zu „... die Lotion ist alle, die braucht es jetzt und wie sieht's denn aus?“ Die Ärzte verschreiben es ja auch nicht mehr. Das hat scheinbar auch der ganze Wandel der Zeit mitgebracht. Es wird ja an allen Ecken gespart, ganz oben schon mal, regierungsmäßig. Wir kriegen auch schon immer bloß Auflagen und dann sind wir schon immer entsetzt. Ich meine auf der einen Seite verlangen sie die topp Pflege und wie will ich den eine gute Pflege durchführen, wenn es heißt, dort nicht und da nicht. Ziehen sie mal los mit 'nem großen Wagen, wo sie alles drauf haben. Packen sie mal ihren Wagen früh, wenn sie einen waschen gehen, was da so eigentlich alles drauf müsste. Und wenn wir da manchmal so unsere Wagen anschauen, was da wirklich so drauf ist, das ist nur ein Bruchteil davon. Selbst davon sollten sie noch nicht mal zu viel benutzen, weil es nur so und so lange hinkommt, weil es ja wieder teuer ist. Ich finde pflegemäßig ist es stellenweise traurig, muss ich mal so sagen wie es ist. Es wird zwar immer gefordert und gefordert und nach außen hin machen alle eine gute Miene zu gutem Spiel und wenn man mal selber was sagt, mir passt das jetzt nicht so, ich arbeite in so einer Einrichtung, ich weiß wie es langgeht, das ist nicht so. Ich meine die Heime selber können ja auch nichts dafür, die Träger selber können nichts dafür es ist halt so. Die Regierung sagt das Budget ist so und so, machen sie da beste draus, vielleicht sollte man von dort aus mal sinnvoller das Geld anlegen. Das dann auch solche Vereine wie Caritas oder Johanniter oder andere, die sich selber tragen, vom Staat

eventuell mehr unterstützt werden, dann ist nicht nur Geld für die Pflege da, sondern auch Geld für die alten Leute allgemein. Wo man auch mal sagen kann, da kann mal man dies und jenes machen.

*I: Gut ich danke Ihnen für das Gespräch und wünsche noch einen schönen Tag!*

Herr M: Gleichfalls, danke!

**Interview Nr. 06: I (Interviewer), Frau N (interviewte Mitarbeiterin)*****Berufsbiographische Angaben***

*I: Zunächst habe ich ein paar Fragen zu Ihrem Beruf und Ihrer Person.*

*I: Wie alt sind Sie?*

Frau N: 49

*I: Wie sind Sie zu diesem Beruf gekommen?*

Frau N: Ich habe eine Umschulung gemacht. Ich wollte schon früher immer in die Richtung Medizin und Pflege gehen. Aber zu DDR-Zeiten war das ein bisschen schwieriger. Da musste man.... Und da ich noch 3 jüngere Geschwister hatte, war das sowieso nicht drin. So habe ich das dann mit sehr viel Geduld zu einer Umschulung gepackt. Aber dass war schwierig. Mir wollten sie keine geben, da ich Bürokauffrau gelernt hab, ist das ja nicht so einfach. Da hat man ja immer gesagt, sie finden allemal irgendwo eine Arbeit. Aber das war nicht so. Die Firma wo ich die ganze Zeit gearbeitet habe ist in Konkurs gegangen. Da habe ich mich dann beworben und mit Nachdruck beworben, weil eine aus der Nachbarschaft wurde zur Bürokauffrau umgeschult. Da habe ich gesagt, dass geht ja irgendwo nicht. Ich krieg keine Arbeit und sie wird in den Beruf umgeschult. Und dann hatte ich eine Umschulung.

*I: Da haben sie praktisch eine Altenpflegeausbildung gemacht?*

Frau N: Da hab ich eine Altenpflegeausbildung gemacht.

*I: Und vorher eine Ausbildung zur Bürokauffrau?*

Frau N: Zu DDR-Zeiten. Nach der Schule zur Bürokauffrau. Das hab ich gearbeitet bis 19...

*I: Bis zur Wende?*

Frau N: Bis in die Wende rein.

*I: Welche Entscheidung führte dazu das Sie eben umgeschult haben und diesen Beruf jetzt auszuüben?*

Frau N: Na ja konnte ich jetzt endlich mal meinen Lieblingsberuf lernen. Also das war für mich schon ein Ziel. Den Wunsch hatte ich schon immer. Mir gefällt eigentlich der Beruf.

*I: Warum sind Sie in dieser Einrichtung tätig?*

Frau N: Das ist jetzt, erst war ich in G. Dann in war ich mal kurzzeitig in der Häuslichen. Und jetzt ist das wegen dem Weg. Und hier ist das ist jetzt optimal. Ich wohn in O. Das hier ist ganz günstig. Dann hab ich mir hier beworben und bin ich reingerutscht.

*I: Wie lange sind Sie jetzt hier tätig?*

Frau N: Das ist jetzt das zweite Jahr. Unser Verträge sind jetzt zwei mal, dass zweite Jahr verlängert worden.

*I: Waren Sie bereits in anderen pflegerischen Zusammenhängen tätig, weil sie sagten in der häuslichen Pflege und so?*

Frau N: Da habe ich auch schon gearbeitet.

I: Und für wie lange?

Frau N:  $\frac{3}{4}$  Jahr

***Fragen zur Bedeutung des Qualitätsmanagements und den Zielen der Arbeit:  
Stellenwert des Qualitätsmanagements***

I: Was am Qualitätsmanagement ist für Ihre Einrichtung wichtig?

Frau N: Alle Teile sind wichtig. Kann man eigentlich keins ausschließen, weil alle wichtig sind. Das ist eben das Problem, dass vieles fehlt aus finanziellen Gründen und aus Gründen, ich sag jetzt mal, dass das nicht ernst genommen wird. Und das man mehr oder weniger sag ich mal in die Enge getrieben wird, in dem man sagt, dass ist nicht so wichtig. Das stellen wir hinten dran, aber das ist genau das falsche. Ich habe nichts anderes gelernt, dass das eigentlich alles wichtig ist. Und es fängt eigentlich die Qualität an, beim einfachen Aufarbeiten von, ich sage jetzt mal, Zahlen und Fakten. Das ist das Problem. Die nehmen das einfach nicht ganz ernst, die Leitung. Die müssten eigentlich mal den Lehrgang machen.

I: Welche Probleme sehen Sie im Zusammenhang damit?

Frau N: Na sicherlich in ersten Linie das finanzielle. Das ist ein großes Problem. Uns fehlen ja, ich sage jetzt mal, in der Pflege Hebegeräte, dass ist nicht machbar und auch verschiedene andere Sachen. Das das Budget immer so knapp ist. Und man hat dann einfach, ob das jetzt personell oder materiell ist, immer das ... Und dann finde ich, weil ich ja Bürokauffrau gelernt habe, müsste man sicherlich auch Vergleiche machen, was günstiger ist für uns. Preislich und materiell und mit allem drum. Das ist sicherlich mit viel Aufwand verbunden und mit einigen Ärger vielleicht, aber irgendwo ist das heute einfach die Markt...

I: Können Sie da ein Beispiel nennen?

Frau N: Die Apotheke zum Beispiel. Die haben wir ja schon, wie sie es ja schon mitgekriegt haben. Die Apotheke hier in S. ist sehr teuer, und dann ist das Problem wir kriegen dort weder mal ein Werbegeschenk für die alten Leute. Wir kriegen zum Beispiel drei Päckchen so eine Fußsalbe, also Creme jetzt für die Beine. Und wir haben 30 Heimbewohner auf der Station. Wen will man das dran machen. Das ist doch eigentlich ... Und die kriegen ja Werbegeschenke. Und dann mit den Pampers, ich weiß nicht ob das, wie gesagt ich habe das keine Einblick, ob das das günstigste ist was wir da haben. Tena sind ja eigentlich ziemlich teuer. Ich kenne es von der Häuslichen, das waren es nicht Tena. Dann mit den Pflegestufen, da war ja vor kurzen ... Bloß wir tun die Leute ja nicht einmieten, das macht ja eigentlich die Leitung. Und wenn die Pflegestufe 1 haben, wir können das nicht ändern. Das muss dann schon von der Leitung her kommen. Also ich bin der Meinung jetzt mal. Ich will der das nicht vorschreiben. Aber man kann dann nicht, also so würde ich empfinden, bei einer Teambesprechung sagen, wir haben zu wenig Pflegestufen, deswegen rentiert sich das Haus nicht. Also das geht ja irgendwo nicht, aber so ist es momentan.

I: Werden Pflegestufen 1 aufgenommen, obwohl es sich nicht rentiert?

Frau N: Genau. Wir haben zu viele Pflegestufen 1 und wir müssten mehr 2 haben. Und 2er haben wir nur wenige oder zu wenige. Machen haben ja noch gar nichts, teilweise, und

werden aufgenommen. Also das finde ich eigentlich ... Aber wie gesagt das ist unter uns gesprochen ... Ich meine man kann nicht hier die Personalleute dafür verantwortlich machen, dass das Haus nicht optimal arbeitet. Was jetzt die Pflege angeht, wir sind so belastet, sag ich mal, du gehst nach Hause und bist k. o. Das ist nichts mehr mit hinterher noch großartig mit Unternehmungen. Also wir haben zum, Beispiel auf unserer Station 31 Leute, wenn alle da sind, wenn sie nicht im Krankenhaus sind, also das ist schon ganz schön. Davon 7 oder 8 Bettlägerige, die müssen Essen gereicht kriegen und alles, und wir sind zu zweit im Spätdienst. Eine Fachkraft, eine Hilfskraft. Aber das Budget gibt nicht mehr her, dass man eine dritte noch nehmen könnte. So mein ich das jetzt.

*I: Und wenn Sie jetzt höhere Pflegestufen hätten, würde es das Budget hergeben?*

Frau N: Dann hätten wir mehr Geld.

*I: Aber wenn sie so viele 1er Pflegestufen haben, müssten Sie doch nicht so viel am Bewohner machen?*

Frau N: Das sagen sie mal den 1er Pflegestufen. Das sind alte Leute. Das kann man denen nicht sagen. Mann kann nicht sagen, du musst jetzt das jetzt alles alleine machen. Die sagen: Die kriegt das und ich bezahle genau so und ich möchte das auch so haben. Die denken teilweise, die sind im Hotel. Sie werden versorgt von früh bis abends. Und in der Nacht ist es genau das gleiche. Im Grunde genommen machen wir drei Rundgänge durchs Haus. Die PS 1 wird normal in der Nacht gar nicht versorgt in der Häuslichen. Also das würde bedeuten, die müssten wir in der Nacht gar nicht aufsuchen. So jetzt mal gerechnet. Das ist ja immer Pflegestufenabhängig wer wie viel Zeit in Anspruch nimmt. Und da wäre das eigentlich für eine 1 überhaupt nicht relevant. Es ist sehr schwierig das zu trennen. Man kann das eigentlich kaum trennen. Die Qualität ist das wir alle aufsuchen, aber andererseits leistungsmäßig kriegen wird das gar nicht bezahlt.

*I: Quasi, musste man mal weniger Einser aufnehmen, oder überzeugen das sie einfach viel mehr machen sollten?*

Frau N: Gerade auf unserer Station sind die meisten dement. Eigentlich das bedeutet schon, dass sie ein PS 2 haben. Aber der MDK: es gibt keine. Weil wenn die kommen sind die 10 Minuten da, oder eine halbe Stunde. Und das kriegt man dann nicht mit. Obwohl ich wieder von der Häuslichen das kenne, die kriegen das eher als wir. Warum auch immer. Vielleicht sind die energischer dann mit dem Personal vom MDK. Also das die sagen, also dann gehen wir nicht mehr hin. Und wenn sie nicht mehr hingehen, das würde ja dann bedeuten, sie müssen ins Heim und da kostet es ja wieder mehr. In dem Moment haben die ja ein Druckmittel irgendwie, aber das ist schwierig.

### ***Stellenwert und Ziele der Arbeit***

*I: Was ist Ihnen als Person an ihrer Arbeit wichtig?*

Frau N: Eigentlich die Zufriedenheit der Leute. Also ich muss immer sagen, es ist sehr schön wenn die Leute dankbar sind. Und wenn man merkt das die Leute das auch so empfinden, dass das angenehm ist und nicht so nebenbei alles ... Also das ... ich habe heute erst wieder eine Dose Bratheringe (lacht) für eine Dame mit. Weil ich finde das, selbst wenn es so kleine Sachen sind, wenn sie sich das wünschen dann ich mach das. Wenn sie einfach damit zufrieden sind, dann fühle ich mich auch wohl. Dafür habe ich es

ja gelernt. Das war eigentlich auch mein Ziel und nicht das ich abends nach Hause geht und dann denke na fünf Leute sind so unzufrieden, dann bist du es am Ende ja selbst.

*I: Was ist das Ziel Ihrer Arbeit als Qualitätsbeauftragte?*

Frau N: Tja, dass ist die große Frage. (lacht) Eigentlich das es so ist (das sie eben eine ist). Das ist kaum, also schwer zu machen. Das Ziel ist eigentlich von vornherein das erstens mal die Leute zufrieden sind, dass das Haus einen guten Ruf und guten Namen hat und wir optimal, also finanziell und materiell, optimal arbeiten. So das alles irgendwo dann mal in eine Reihe zu bekommen. Ich habe wenig Einblick in den ganzen ... Wir haben ja auch noch keine Computer auf der Station. Ich habe zwar zu Hause einen. Ich mach mir dann schon so Listen, was so alles ist. Das soll eigentlich so nicht sein, aber das man wenigstens einen Überblick hat. (Sie holt die Listen und zeigt diese mir.) Listen wann was gemacht wird. Das das irgendwie alles ein bisschen.... Das kriegen dann die Leute so mit. Ein Ausfahrtenplan, ein Duschplan, ein Badeplan, Fußpflege, Frisör.

*I: Also das gehört ja alles mit in das QM und könnte man dort einordnen? (QMH)*

Frau N: Könnte man. Je nach dem, wenn die Leute verstorben sind, wird das wieder geändert.

*I: Also haben Sie jetzt eigentlich ein Missverhältnis zwischen den eigentlichen Zielen Ihrer Arbeit als Pflegekraft, dass es den Bewohnern gut geht, und Ihrer Stelle als QMB, das es so sein sollte aber das ist nicht so?*

Frau N: Ja!

*I: Wie lösen Sie den Konflikt?*

Frau N: Schwierig, ich zeige Ihnen mal meinen Plan, da können Sie selbst sehen. Haben Sie schon mal eine Stellenbeschreibung vom Altenpfleger hier gesehen?

*I: Ja, die habe ich bekommen und auch die der QMB.*

Frau N: Die können Sie mal nebeneinander legen ... Ich bin 6 Stunden, 30 Stunden-Woche beschäftigt. Eigentlich ist es schwierig beides zu unterschreiben. Weil es geht eigentlich nicht, man kann nicht beides miteinander machen. Also der Meinung bin ich. Aber wenn sie das mal vergleichen, es ist nicht machbar in 6 Stunden, oder man hat Arbeitszeit die umsonst ist.

### ***Ziele des Qualitätsmanagements***

*I: Was ist das Ziel des Qualitätsmanagement aus Ihrer Sicht?*

Frau N: Das Ziel ist eigentlich, die MDK-Prüfung zu bestehen. Das ist das große Ziel. Dass das Heim alle Anforderungen dieser Prüfung besteht.

*I: Was sind das für Anforderungen?*

Frau N: Das sind verschiedene Bereiche, ich hab da ne riesengroße Liste. Dass die Bewohnerzufriedenheit, die Angehörigenzufriedenheit, die finanziellen Mittel ausreichen, die materiellen Mittel entsprechend eingesetzt werden, dass das Personal zufrieden ist. Es ist eine riesen Liste, die da abgearbeitet werden muss, eigentlich. Mitarbeiter kann den Test ja eigentlich als Qualitätszirkel schon mal selbst machen. Da brauch man die

Zusammenarbeit. Ich zum Beispiel hab gelernt, ich mache keine Qualitätszirkel mit, normal. Ich bin da außen vor. Ich arbeite eigentlich das auf, was der QZ macht.

*I: Und das ist hier anders?*

Frau N: Das ist hier anders, ganz anders. Der Herr J. arbeitet auf und ich, ich sage dann höchstens mal was dazu.

*I: Woran machen Sie die Qualität in der Pflege und Betreuung fest?*

Frau N: Die Qualität in der Pflege und Betreuung sind die Zufriedenheit der Leute. Es kommt immer wieder aufs selbe raus. Das die Leute keinen Schaden haben, keine Folgeschäden, keine Folgeerkrankungen, dass sie einen optimalen Allgemeinzustand nach ihrem Empfinden haben oder nach ihrem Krankheitsbild und das die Angehörigen zufrieden sind. Das die Leute sich wohl fühlen.

### **Anzeichen von Qualität**

*I: Was macht eine gute Pflege und Betreuung aus?*

Frau N: Zeit. Zeit erst mal haben, dass man den Leuten zuhören kann. Das man einfach für die Leute da ist, wenn sie einen brauchen. Die Zeit zu haben. Das man eine ordentliche medizinische Versorgung, ordentliche Kleidung, Wäsche, Essen, alles den Leuten entsprechend hat. Eigentlich steht der Heimbewohner an erster Stelle und das sollte man doch weitestgehend berücksichtigen. Das auch die Dienstkleidung, das finde ich auch nicht super. Mitunter kann man bei uns gar nicht das Personal vom Bewohner unterscheiden oder von Besuchern in Kleidung. Oder diese Namensschilder zum Beispiel, die Heimbewohner können sich die Familiennamen gar nicht merken. Da hab ich schon ewige Zeit ... Ich kenn's aus G., da wurden die Vornamen gedruckt auf den ... Meinetwegen Altenpfleger-Beruf oder eben Hilfskraft oder Schwester und dann den Vornamen, weil die alten Leute, auch die normalen alten, nicht nur die dementen können sich die Familiennamen nicht merken. Und ständig fragen die Leute, „wer bist du?“ Und das ist doch eigentlich ... Auch so kleine Sachen, sage ich mal. Oder wenn die Kleidung jetzt nicht Schwesterngerecht ist. Ich finde das wenigstens ein helles Oberteil, dass man hier kunterbunt, das finde ich nicht so gut. Aber das ist Geschmackssache, vielleicht soll man nicht erkannt werden, als Personal, aber eigentlich finde ich das nicht in Ordnung. Ich kenne es nicht anders und irgendwo hat man doch auch Dienstkleidung beim Maurer, Maler hat man ja auch und diese bunten Sachen, sind bestimmt auch hygienemäßig nicht 60°C zu waschen. Also würde ich von Qualität ausgehen. Die Leitung sagt zwar sauber und ordentlich, aber...

*I: Müssen Sie die Kleidung selber waschen?*

Frau N: Ja.

*I: Gibt es einen Wäscheservice bei Ihnen?*

Frau N: Für den Heimbewohner.

*I: Woran erkennen Sie, dass ein Mitarbeiter gut pflegt?*

Frau N: (-lacht-) Bei der Dienstübernahme. Das sieht man eigentlich.

*I: Woran denn?*

Frau N: An den Handlungen, die er bei den Bewohnern ausübt.

*I: Und was sind das beispielsweise für Handlungen?*

Frau N: Zum Beispiel Intimpflege, das gibt's mitunter Schwestern, da ist so dick die Creme drauf und manche, na ja.

*I: Ist das denn gut, wenn die Creme so dick drauf ist?*

Frau N: Nee, schlecht. Oder das jetzt den Leuten irgendwas verabreicht wird, ohne nachzudenken. Zum Beispiel haben wir auf der Station eine Dame, die kann keine Milchprodukte nehmen, und wenn sie Milchprodukte gekriegt hat, dann hat sie Durchfall, den ganzen Tag lang oder zwei Tage lang. Daran erkennt man dann auch, ob diejenige aufgepasst hat oder nicht. Die Bewohnerin kann das zwar selber sagen, aber die macht das nicht. Die hat PS 1 und die weiß genau, dass sie keine Milchprodukte essen und trinken darf. Dann sieht man das, dann merkt man das schon. Und dann muss ich sagen, auch am Essenreichen. Es kann oder sollte eigentlich nicht so sein, finde ich und hab ich's auch gelernt und mach ich's auch, dass gleichzeitig zwei Personen das Essengereicht wird im Zimmer. Beide gleichzeitig bekommen von einer Person das Essengereicht, rüber-nüber-rüber-nüber, oder selbst verschiedene Zimmer mitunter. Das ist ein Widerspruch zur Qualität.

*I: Das waren jetzt eher alles Beispiele für schlechte Qualität, gibt es denn auch gute Qualität?*

Frau N: Das gibt's durchaus, kann man nicht anders sagen, das gibt's durchaus. Zum Beispiel wenn Ausfahrten sind, dass die Leute sich da engagieren oder wenn Feste vorbereitet werden. Wir hatten voriges Jahr ein wunderbares Sommerfest, kann ich nur empfehlen. Also es gibt wunderschöne Sachen bei uns genauso. Oder Veranstaltungen, die hier unten bei uns im Haus durchgeführt werden. Die Leute sind voll zufrieden. Das ist nur einfach eine Frage der Zeit, die nicht da ist, oder eben zu wenig Personal da ist. Aber durchaus gibt's, um Himmels willen, es ist bei weitem nicht alles schlecht, das will ich damit nicht gesagt haben. Es sind nur, dass man eben vieles noch verbessern könnte, qualitätsmäßig, aber eben das Budget zu kurz ist. Aber das soll ja noch kürzer werden. Die beraten wegen dem BAT, diese BAT-Änderungen, das ganze Bundesland und der Verband und die Kirchen allgemein. Wir kriegen dann sicherlich Haustarife oder ganz weg aus dem BAT, das wird alles gekürzt. Das wird noch ausgeformt und ab 1. Januar soll es dann sein. Und deswegen ist sicherlich dann noch die Stimmung unter dem Personal noch ein bisschen extremer, wird bestimmt noch schlimmer. So im Oktober können Sie mal ein Interview machen, da werden sie das dann merken.

***Fragen zu Situationen und Verhaltensweisen von Personen an denen Qualität sichtbar wird: Beschreibung positiver critical Incidents***

*I: Welche typischen (auffallenden) Situationen aus dem Arbeitsalltag der letzten Tage sind Ihnen besonders in Erinnerung geblieben? Beschreiben Sie eine Situation wo sie denken, da habe ich gut gepflegt und da hat etwas gut geklappt hat zwischen mir und einem Bewohner?*



Frau N: Also da gibt es immer mal Situationen, zum Beispiel ist es vorgekommen, das war Visite von der Ärztin und ich war bei dem Bewohner im Zimmer und da kam die Ärztin rein und sagte „was mit Ihnen redet die, mit mir hat die noch nie ein Wort geredet.“ Also solche Situationen empfindet man als sehr dankbar und nett. Bei uns sind da einige Leute, die immer nicht sehr viel reden oder wenn man mal kommt und die Leute weinen und man kann sie beruhigen oder so. Das geht unheimlich ins Innere, das ist angenehm, wenn die dann sich beruhigen lassen, oder wenn die mich streicheln, wenn die mich zurück streicheln. Zum Beispiel haben wir eine Bewohnerin, die ist immer ganz depressiv und wenn man der dann mal ein bisschen die Hand streichelt oder den Arm, die streichelt dann zurück, also das merkt man dann schon.

*I: Wie verhalten Sie sich direkt in so einer Situation gegenüber dem Bewohner?*

Frau N: Ich nehme mir dann Zeit für den, und bleibe dann bei dem Bewohner und versuche dem meine Zuneigung zu zeigen oder meine Empfindungen dem rüber zu bringen.

*I: Und wie machen Sie das?*

Frau N: Indem ich mit dem rede oder eben den streichele oder Zeit nehme, dass er mir was sagen kann und zeigen kann. Wenn ich komme, frage ich den schon gleich mal, wie es ihm geht und merkt man dann schon an der Reaktion, selbst wenn die nicht sprechen können, dass man da irgendwelche Empfindungen erhält oder Wiedergaben gibt.

*I: Woran merken Sie das dann, wenn Leute nicht sprechen können?*

Frau N: An den Augen, am Zeigen, an den Händen, also das merkt man schon.

*I: Was war das dann für ein Ergebnis, speziell dieser Situation?*

Frau N: Dann geht's dem besser, dann fühlt der sich wohler, dann ist der zufrieden, dann lacht der. Das sieht man an der Mimik.

### ***Beschreibung negativer critical Incidents***

*I: Erinnern Sie sich an schwierige Situationen die für Sie belastend waren, wo etwas nicht so abgelaufen ist zwischen Ihnen und einem Bewohner, wie Sie es sich vorgestellt haben. Beschreiben Sie diese Situation.*

Frau N: Die gab's erst kürzlich. Ich muss sagen, ich bin dafür verantwortlich gemacht worden, was ich aber nicht nachvollziehen kann. Wir haben einen Bewohner, der hat schon ganz lange einen Katheter. Und der ist ziemlich unruhig und zieht sich ständig den Katheterschlauch und zieht auch so am Katheter rum und hat aber eigentlich lange Hosen an. Er hat den Katheter unten am Hosenbein raus. Ich hatte Nachtdienst und dich lagere die Leute immer nachts, also drehe die nach links, nach rechts usw. Ich hatte die letzte Nacht und mir wurde dann nach vier Tagen gesagt, der Mann hat sich das Bein abgeschnürt mit dem Katheter. Und zwar als ich den gelagert habe hatte er den Katheter rechts hängen und in der Regel hängt er aber links. Und der Katheterschlauch wäre um sein linkes Bein gegangen und auf der rechten Seite wieder rausgekommen und er hatte dort eine Druckstelle und Blasen. Das habe ich aber nicht gesehen, weil ich dem nachts nicht die Hose runter ziehe und ich gucke auch nachts nicht unter seine Decke, was er dort hat. Und immer wenn ich dort war hat der Mann geschlafen, die ganze Nacht ruhig geschlafen. Und früh wäre er so gefunden worden und das wurde mir angelastet. Das fand

ich eigentlich nicht in Ordnung, weil ich bin bestimmt eine Person, die sooft ins Zimmer geht und kontrolliert und macht. Und er hat aber einen Mitbewohner im Zimmer, und der hätte ja dann auch mindestens gemerkt, dass der Mann unruhig ist. Denn wenn ich mir das Bein abschnüre schlafe ich nicht und es kann mir keiner erzählen, dass er schläft oder so schlafen kann, aber er hat geschlafen. Wie gesagt das haben sie mir dann ... das fand ich nicht in Ordnung.

*I: Wie haben Sie sich verhalten in der Situation?*

Frau N: Ich habe eine Stellungnahme geschrieben und dummerweise oder ich muss sagen, eigentlich nicht dummerweise hatte ich in die Dokumentation reingeschrieben, in der Nacht: Heimbewohner war unauffällig. Und trotzdem hat man mir gesagt, ich bin's gewesen. Ich habe dann eine aktenkundige Ermahnung gekriegt oder so was ähnliches. Das fand ich eigentlich nicht in Ordnung. Weiter weiß ich nicht, was sie dann gemacht haben. Da muss ich sagen, das war eigentlich unfair. Weil ich weiß genau, bei dem Mann kommt nicht vor um 8 jemand ins Zimmer rein und ich habe um halb 7 Feierabend und war sogar noch bis 7 Uhr im Haus weil ich noch zusätzlich eine Dame gebadet habe, die gerne gebadet werden wollte. Und ich weiß genau in der Zeit war niemand in dem Zimmer und der Mann macht sich das auf Garantie alleine und wie er den Schlauch so drum gekriegt hat, weiß ich nicht, vielleicht hat ihn auch der Spätdienst nicht richtig darumgelegt, kann durchaus sein. Aber ich gucke nicht in die Hose und ich bin nachts auch nicht verpflichtet dazu. Das schafft man gar nicht, weil wir sind nachts nur zu zweit für 60 Leute. Also das fand ich nicht ... also da muss ich auch sagen, also damit habe ich mächtig zu kämpfen.

*I: Was war das Ergebnis dieser Situation mit dem Bewohner?*

Frau N: Irgendwo eine aktenkundige Ermahnung, ansonsten wurde nichts mehr darüber geredet.

*I: Und der Bewohner?*

Frau N: Der Bewohner, der hat das nicht mehr, das ist alles in Ordnung wieder. Das war schon an dem Tag in Ordnung, wo ich wieder gekommen bin. Bloß der Mann ist ganz dünn, und wenn man eine Dekubitusprophylaxe kennt oder sich damit schon mal auseinandergesetzt hat, dann weiß man, dass lila Streifen oder ne Blasenbildung, das wäre dann offen gewesen nach der ganzen Zeit, so dünn wie der ist. Also ich hab's nicht gesehen, wie gesagt. Der Herr J. hat's angeblich fotografiert, aber die Bilder hat man mir nicht gezeigt.

*I: Beschreiben Sie mir eine Situation, die Sie bei anderen Mitarbeiter beobachtet haben, wo Sie der Meinung sind, da hat eine Person besonders gut gepflegt.*

Frau N: Ja, durchaus. Zum Beispiel unsere FSJ-lerin, die ist sehr einfühlsam zu den Leuten. Sie hat selbst einen Hund und den hat sie für die Bettlägerige schon mal mitgebracht. Und hat denen den Hund gezeigt und hat sich da engagiert. Die Leute fühlen sich da wohl, also das kann man nur begrüßen so was. Natürlich gibt's das auch vom Personal. Wir haben Personal, die bringen Kaninchenfutter für die Frau, die immer die Kaninchen füttert mit. Also da gibt's schon viele gute Sachen, wo sich das Personal engagiert.

*I: Wie hat sich die FSJ-lerin verhalten in dieser Situation?*

Frau N: Die habe mit dem Bewohner übe Tiere geredet und dann hat die den halt mal mitgebracht. Hat vorher gefragt, ob sie mal ihren Hund mitbringen soll und das ist so ein ganz kleines Mini-Ding und da hat sie den dann mal mitgebracht. Sie ist extra gekommen, natürlich nicht während der Arbeitszeit und da hat die mal die Leute besucht mit dem Hund. Einen Herrn hat sie sogar mit dem Hund fotografiert und der ist ganz stolz, da steht jetzt im Zimmer das Bild.

*I: Was war das Ergebnis dieser Situation?*

Frau N: Na zum Beispiel dieser Herr, der will immer sterben. Wenn dann so eine Situation ist, wo er sich besonders wohlfühlt, da hat er das wieder vergessen. Dann ist der Mann wieder lebensfroh. Da kann man sagen, da ist der zufrieden eigentlich.

*I: Beschreiben Sie mir eine Situation, wo Sie der Meinung sind, da hat eine Pflegeperson nicht kompetent gehandelt, hat sich schlecht bezüglich der Pflege von Bewohnern verhalten.*

Frau N: Das kann man eigentlich so nicht sagen, weil wir haben sehr schwierige Bewohner bei uns. Man kann eigentlich den Bewohnern nicht so hundertprozentig alles glauben, was die sagen. Zum Beispiel haben wir eine Bewohnerin, die versucht das Personal gegenseitig auszuspielen. Also die versucht, wenn man kommt, dann sagt die „... och die, was die wieder mit mir gemacht hat ...“. Das kann man nicht glauben, das macht die mit mir so und mit den anderen so. Sie hat es auch schon fertig gebracht und sich übers Pflegepersonal bei der Ärztin oder bei Herrn J. beschwert, bis dann der Herr J. selber mal dran war und dann hat er's gemerkt. Wir haben da sehr schwierige Patienten dabei. Oder mir ist es jetzt zum Beispiel so gegangen, ich hatte am Montag Dienst und da hat eine Bewohnerin eine andere Bewohnerin die ganze Zeit am Essenstisch beschimpft: sie hätte ihre Sachen an. Und da war es dann soweit, dass die Bewohnerin, die beschimpft wurde gegangen ist und dann hab ich gesagt; die andere Bewohnerin hat PS 1; sie soll sich mal überlegen was sie jetzt mit ihr gemacht hat. Und die Frau hat nicht ihre Sachen an, sondern in ihren Sachen, die sie anhat steht ihr eigener Name drinne. „Ja das könnte man überkleben“ hat sie gesagt und das hätte 150 Mark gekostet, die Hose, die sie da an hätte. Und da habe ich gesagt, „sie soll mal bitte in sich gehen und mal überlegen, wie es umgedreht wäre, wenn die Frau zu ihr das sagen würde, da wäre sie bestimmt genauso traurig.“ Und seitdem ich das Gespräch mit ihr geführt habe, sind sie wieder Freunde. Und das fand ich eigentlich doch dann ganz gut, dass das so gegangen ist. Und dieselbe Frau, die das beschuldigt hat, die hat zum Beispiel unheimliche Angst vor Gewitter. Also die steht nachts wieder auf und zieht sich an und kommt dann ins Schwesternzimmer. Dann sage ich zu ihr „bleiben sie mit bei mir, wenn's vorbei ist, dann gehen sie wieder ins Bett.“ Und dann ist das O. K., da muss man dann einfach so reagieren. Aber sie bringt es eben auch fertig und sagt, sie wird vom Personal bestohlen. Oder sie geht nicht duschen oder baden und das ist immer sehr sehr schwierig. Da haben wir zweie, die das überhaupt nicht mögen.

*I: Und wie verhalten Sie sich in solchen Situationen, wenn die Frau sagt, das Personal würde sie bestehlen oder der Person die nicht duschen will?*

Frau N: Wir versuchen ihr das zu erklären. Also ich, wenn ich da bin, da stelle ich mich zu ihr und erkläre ihr das. Und sie hatte ja schon immer diese Phobie, auch zu Hause. Haben die Angehörigen uns schon erzählt, dass sie die Polizei dann immer gerufen hat und

was weiß ich noch so alles. Und da muss man wirklich mit der Frau lange, lange reden und auf keinen Fall darf man dann Kontra machen. Wenn man dann Kontra macht, dann fängt die an zu weinen und dann steigert die sich noch mehr in das ganze rein. Also man muss ihr dass regelrecht erklären. Man muss ihr sagen, wenn sie in der Situation wäre, dass sie das, dann würde das auch nicht so sein. Und sie schließt ja eigentlich ihr Zimmer immer ab und hat ja immer reinen Schlüssel. Und da kann niemand anderes rein und Pflegepersonal geht nicht alleine in das Zimmer, außer sie geht mit oder sie ist drinne. Dann ja, aber sonst geht niemand rein in das Zimmer.

Und mit dem Duschen, also baden ist ganz schwierig. Das ist ganz ganz schwierig. Meistens kommen dann die Angehörigen, dass man dann mit den Angehörigen, wenn die da sind, das mit ihr macht. Aber das ist wirklich schwierig. Sie wechselt auch ganz schwer Sachen und sitzt bei 30°C mit der dicken langärmeligen Strickjacke und Unterhemd da.

*I: Wie reagieren sie und was machen Sie in dieser Situation?*

Frau N: Man kann nur mit ihr reden, aber sie lässt sich dann auf kein Gespräch ein. Oder dann über die Angehörigen, man kann sie ja nicht zwingen, das ist ja ihre Freiheit. Und wenn sie denkt, dass sie das anhaben muss, na dann muss sie hat schwitzen. Was anderes bleibt uns dann nicht übrig. Denn irgendwas wegnehmen, um Himmels willen, das kann man nicht machen.

*I: Ist das dieselbe Person?*

Frau N: Das ist dieselbe Person. Aber wir haben auch noch eine zweite Person, die sich auch nicht duschen und waschen will. Also die lässt keine Verrichtungen an sich machen, grundsätzlich nicht. Also normalerweise müsste es so sein; sie kann sich nicht mehr den Hintern wischen; und die müsste eigentlich klingeln, wenn sie auf Toilette ist, aber da macht sie nicht. Und dann riecht sie und dann gibt's Ärger, weil jeder sagt, sie riecht.

*I: Was gibt's dann für Ärger?*

Frau N: Von den Bewohnern, von der Leitung, ist ja logisch. Sie geht in die Kirche, da riecht die ganze Kirche (-lacht-), das geht ja irgendwo nicht. Und dann wird sie jetzt 2-mal in der Woche geduscht, aber mitunter reicht das nicht und dann muss sie eben noch mal geduscht werden. Sie sitzt dann so da „... guck mich nicht an, fass mich nicht an ...“ (mit verschränkten Armen in Abwehrhaltung) Die hat einfach die Einstellung von früher her. Sie schämt sich, geniert sich und ist dann auch schwierig zu händeln. Wir haben jetzt Bezugspersonen, sowieso und dass sie sich dann immer von den Bezugspersonen machen lässt. Aber das ist auch so schwierig, selbst die Insulingabe bei ihr ist so schwierig. Man braucht mindestens eine viertel Stunde, um sie zu überzeugen, dass sie sich spritzen lässt. Das sie sich hinsetzt, das sie nicht umfällt und man sie spritzen kann. Es gibt natürlich auch Personal, hab ich mir sagen lassen, gestern gerade erst, die machen das an Ort und Stelle, wo sie sie vorfinden, aber widerstrebt mir. Das ist eigentlich nicht Sinn und Zweck der Sache und das sollte man eigentlich auch nicht machen. Die Frau ist, eigentlich muss man ihr Zuwendung bringen, dass man das Vertrauen von ihr erhält.

*I: Und wie machen Sie das?*

Frau N: Zeit nehmen, also das man viel Geduld und viel Zeit hat. Vor allen Dingen nicht schimpfen, das bewirkt genau das Gegenteil, da erreicht man, das ist wie bei Kindern eigentlich. Das ist schwierig bei solchen Leuten.

*I: Ist die dement die Frau?*

Frau N: Sie geht in die Demenz, hat aber andere Krankheiten, also die ist schon ewig im Heim.

***Fragen zur Qualität in der Einrichtung: Einschätzung der Pflegequalität in der Einrichtung***

*I: Zum Abschluss habe ich noch einige Fragen zur Qualität in der Einrichtung und was Sie sich für die Zukunft wünschen.*

*I: Wie schätzen Sie die Qualität in ihrer Einrichtung ein?*

Frau N: Verbesserungswürdig. Mehr Engagement von der Leitung gegenüber den Aufgaben der Qualität.

*I: Was sind die Aufgaben der Qualität?*

Frau N: Qualität in Richtung diese QZ zu erlangen. Also alles das, was eigentlich zum Qualitätshandbuch dazugehört. Das man diese Aufgaben erfüllen kann. Indem man sicherlich auch offener miteinander umgeht, was jetzt das materielle und finanzielle betrifft. Ich sage jetzt mal, wie sie vielleicht letzts schon gesehen haben, die ständigen Kosten, wie Energie, Wasser usw., dass man dahin auch mal einen Einblick hat. Und das kumulativ mal aufarbeitet. Ich mach's zum Beispiel bei mir zu Hause so. Ich habe ein Haus und da mache ich einen monatlichen kumulativen Gasverbrauch, den gucke ich mir an, da habe ich eine Tabelle und so müsste man das hier normalerweise auch machen. Und dann kennt man die Zahlen. Aber eigentlich ist das ja für meine Begriffe nicht so was, dass es geheim sein müsste. Normalerweise müsste das für jeden zugänglich sein. Schon alleine diesen Energieverbrauch oder Wasserverbrauch, denn Wasser ist ja teuer, da hängt ja dann wieder das Abwasser mit dran. Oder die Küche, dass die optimaler arbeitet, dass nicht so viel Essen übrig ist. So was, wissen Sie. Ich will jetzt nicht sagen, dass das alles schlecht ist, das soll's nicht sein. Aber man kann einfach anders rechnen. Man hat ein anderes Ergebnis und man hat dann vielleicht durch diese Einsparungen mehr Mittel für die Pflege. Das man dann sagt, ja wir können uns irgendwelche Geräte kaufen, eine Lifter, einen Badlifter, einen Hängelifter. Wir haben ja zum Beispiel nur einen Badlifter-Stuhl auf unserer Station und alles andere wird manuell gemacht. Wir haben Personal, die kriegen ganz einfach gar nicht die Leute hoch. Selbst mit ner Drehscheibe, die meisten können gar nicht mehr darauf stehen (die Bewohner). Also das ist für mich eigentlich eine Anschaffung (-winkt ab-). Schon alleine das Herausheben aus dem Bett in den Rollstuhl ist so schwer, und wenn die Leute dann gar nicht mehr mitmachen, manche sind dann bockig, wenn die ne weile im Rollstuhl gesessen haben. Dann hat man das so schwer die wieder ins Bett zu legen oder zu bewegen, also das ist schlimm. Also ich empfinde das so, andere sehen das vielleicht anders, so dass mach ich locker so ... Aber ich meine man muss ja mit dem Rücken noch ganz schön paar Jahre arbeiten. Selbst wenn man nach Bobath, das macht, es ist einfach das Problem, dass die Bewohner ganz schwer einzuschätzen sind. Man kann den Bewohnern ja nicht aufdiktieren, du machst das jetzt so, weil viele vergessen das in dem Moment dann schon wieder. Ich hatte gestern zum Beispiel so ein Erlebnis mit so 'ner kräftigen Frau, die hält sich noch alleine hoch, zieht sich alleine hoch. Aber zum Beispiel hatte ich mich mit der unterhalten „was haben sie denn heute Nachmittag schönes gemacht?“ Da war die zur Singestunde, das wusste die gar nicht mehr! Weil das vergessen die wirklich von jetzt auf gleich. Oder die liegt im Bett, klingelt und

sagt „ich will was zu essen“, das sie heute noch nichts zu essen gekriegt hat. Derweilen will sie was zu trinken. Also die vergessen das, man kann das gar nicht so denen übel nehmen. Es ist einfach ein bisschen schwierig. Es ist alles schön und schon richtig, es gibt viele Erleichterungen mit Bobath oder anderen Sachen da, die man machen kann. Aber wenn die Leute nicht mehr mitmachen, dann nützt das ganze Zeug eigentlich nicht mehr viel.

*I: Was könnte man dann an anderer Stelle tun?*

Frau N: Na da gibt's zum Beispiel Hängelifter. Ich kenn's von G. muss ich wieder sagen, da hatten wir einen Gurt, der wurde unter den Rücken gelegt und dann wurden die Leute an diesen Haken gehangen und dann konnte man die auf den Toilettenstuhl oder den Rollstuhl ganz leicht bewegen. Man setzte die auf die Bettkante, da kann man ja das Bett höhenverstellen und das ist ja nicht schlimm für den Rücken und dann wurden die eingehangen. Das ist eigentlich optimal. Und im Hängelifter konnte man die Füße der Bewohner fest anschnallen und die Leute waren sicher im Lifter drinne. Unten auf der Station haben sie wohl einen Hängelifter mit einem Tuch, aber da sitzen sie drin. Aber den selber kenne ich eigentlich noch gar nicht, also ich habe ihn noch nie benutzt, weil meistens brauchen die den auf der Station unten.

*I: Können Sie Stärken bezüglich der Qualität in dieser Einrichtung nennen?*

Frau N: Stärken sind vor allen Dingen eins, wenn das Personal stabil bleibt. Das wäre schon mal ne große Stärke. Wir haben momentan eine unheimliche Fluktuation an 1-Euro-Jobbern und Schülern und das verkraften die Leute nicht. Da werden die ganz irre. Da kriegen die Angst, dass die bestohlen werden, dass die Leute erkennen sie nicht. Und wenn dann so viel Personal da ist, dann werden die durcheinander, dann ist es mitunter zu laut, weil zu viel Personal ist von den 1-Euro-Jobbern. Aber die können ja meistens in der Pflege nicht sehr viel machen, oder sollen ja gar nichts machen. Also das ist schwierig.

*I: Aber trotzdem als Stärke anzusehen?*

Frau N: Als Stärke ist anzusehen, dass sich die 1-Euro-Jobber um die Leute, was die Beschäftigung angeht, kümmern. Aber, dass das Pflegepersonal, was ständig da ist auch ständig da bleibt und man nicht ständig immer wieder neue Arbeitskräfte nimmt, nur weil jetzt am Ende vielleicht dieser BAT wegfällt. Ich weiß ja nicht, rückwärts kann man sich glaube ich nicht machen ... Und wenn man dann einmal in so einem BAT drinne ist kann man nicht weniger verdienen. Ich weiß ja nicht, dass dann am Ende vielleicht irgendwelche Personaleinsparungen gemacht werden zu Kosten der Heimbewohner und dann dafür die 1-Euro-Jobber. Das ist eigentlich ... Ich hab da so eine Pflegezeitung „Pfleger und Schwester“ und das soll eigentlich nicht so sein, das steht dort zu mindestens so drinne, das die 1-Euro-Jobber dann die Pflege übernehmen.

*I: Und was würden Sie als Schwäche ansehen?*

Frau N: Tja, wie ich es schon gesagt habe, diese ganzen Zusammenarbeiten, die dann eigentlich kommen müssten. Sie werden das sicherlich selbst sehen. Das fängt vom Qualitätshandbuch an, eigentlich müsste das gemeinsam gemacht werden und dann muss ich dazu sagen, sind sicherlich zu wenig Leute in dem Qualitätszirkel. Aber die Leitung ist der Meinung es reicht und da kann man nichts dazu sagen. Es müssten mehr Leute mitarbeiten in Bezug auf den Ganzen, ich sage jetzt mal, man muss nicht jedes mal die

gleichen Leute dasitzen haben, weil das bringt nichts. Da kann man eh nur immer wieder das gleiche behandeln, aber eigentlich müsste ja immer ein anderes Stück behandelt werden, also meinetwegen mal die Küche oder wie gesagt der Verbrauch von Energie, da müsste eben mal die Leitung mit dazu. Aber wenn es nun mal nicht ist, da kann man nicht machen, was soll den da werden. So empfinde ich das.

### **Anregungen für Qualitätsentwicklung**

*I: Welche Ziele in Bezug auf die Pflege sollen zukünftig erreicht werden?*

Frau N: Na ich denke, die Auslastung des Hauses ist schon mal A und O aber dann sollte man schon bestrebt sein, dass die Pflegestufen höher sind, die sich dann in dem Haus befinden. Nicht dass man das Haus mit PS 1 voll hat und das rentiert sich nicht und am Ende ist der Personalschlüssel zu hoch und das Personal muss entlassen werden. Das Personal ist ja eigentlich nicht dran schuld, der Meinung bin ich. Denn wir holen ja nicht die Leute her. Wir haben auf der Station normalerweise 30, da haben wir schon so ein Zusatzzimmer was immer mit besetzt ist, meistens. Also ich weiß nicht also wir können am Ende da ja nichts ändern dran. Und wenn die Leute mit der PS 1 zu und ins Heim kommen, dann müssen wir versuchen die auf die 2 hochzustufen. Ich weiß nicht, also...

*I: Aber sollte es theoretisch nicht so sein, dass die Leute animiert werden bestimmte Handlungen selbst zu tun?*

Frau N: Das ist ja das Problem. Da müsste man eben sagen, eine PS 1 kann man nicht aufnehmen. So müsste man an die Sache herangehen vielleicht. (Aufnahme unterbrochen für inoffizielle Ausführung des Gesprächs)

*I: Was sollte sich für die Zukunft ändern?*

Frau N: Die Zusammenarbeit mit der Leitung. Auf alle Fälle im Qualitätszirkel, sonst geht das nicht. Das hat der Referent genauso gesagt (vom Qualitätsbeauftragter-Lehrgang) wenn keine Zusammenarbeit da ist, dann können sie es nicht machen. Alleine ist es nicht möglich.

*I: Was sollte sich für die Zukunft bezüglich der Struktur oder Organisation der Einrichtung ändern?*

Frau N: Ja das ist das Problem. Die Organisation in der Einrichtung hängt dann auch wieder am Ende mit der Leitung zusammen, weil es kann ja niemand anderes entscheiden, außer die Leitung. Und die Struktur ist genau das gleiche, normalerweise sollen Organigramme da sein, dass jeder genau weiß, wer wofür verantwortlich ist. Und wer der nächste Obere ist, ja für den Feuealarm gibt's das...

*I: Was könnte man dann ändern und wie ließe sich das konkret umsetzen?*

Frau N: Tja, es müsste vielleicht mal einer der Leitung mal den Qualitätszirkel mit machen, damit er erst mal weiß, worum es geht.

*I: Nur den Zirkel?*

Frau N: Nee, direkt mal den Lehrgang. Also diese Einrichtung, die diesen Qualitätslehrgang gemacht hat, fand ich eigentlich hat sehr viel gebracht, für mich. Sehr viel rüber gebracht und war auch sicherlich nicht einfach, aber einfach wissenswert. Ich weiß nicht, warum hier niemand aus der Leitung mitgemacht hat. Ich hab's auch schon gleich nach

den ersten Tagen gesagt, aber bloß wenn man, ich sag jetzt mal davon gar nichts weiß, dann ist es schwierig das zu machen. Klar es existiert schon von M. her so ein Qualitäts-handbuch und ich hab ja auch diese Aufstellung und alles weitergegeben, aber ... Ich meine, ich müsste ja dann auch sicherlich einen Computer haben oder so was alles, aber das ist ja alles nicht gegeben. Das ist schwierig. Man müsste einfach sicherlich mal überlegen, ob man es will oder nicht, also jetzt eine ordentliche Qualität zu bringen oder nicht. Und das fängt, wes weiß ich, wo fängt das an ... Das ist ja zum Beispiel die Standards, da haben wir gelernt, werden in Verfahrensanweisungen umgeschrieben. Das ist aber wieder bei uns nicht gegeben, weil der Verband in B., das vorschreibt. Und dadurch wird das verbandsbezogen von B. aus gesteuert, also würde das schon mal wegfallen. Dann haben wir gelernt, jeder Mitarbeiter sollte eine Mappe haben von Standards, das ist zu viel Aufwand, wird nicht gemacht. Dann haben wir gelernt, jede Anweisung kriegt jeder Mitarbeiter persönlich in die Hand mit Unterschrift, damit keiner sagen kann, hab ich nicht gesehen, ist mir nicht bekannt. Jetzt ist es ja wenigstens so, dass jeder darauf unterschreibt, aber das zweite Mal liest es keiner.

*I: Können Sie als Qualitätsbeauftragter da nichts ändern?*

Frau N: Nee, die Kosten sind zu hoch. Hab ich schon vorgeschlagen, aber was will ich da ändern. Wenn's nicht sein soll. Man kann eigentlich, das akzeptiert eigentlich keiner, die wollen das alle nicht. Alle ich sage jetzt mal vom Wohnbereichsleiter über die Leitung, das ist alles das gleiche. Und wenn die das nicht wollen, was will ich denn dann anfangen? Wir sind so viel Personal ... Sicherlich sind das Kosten, aber am Ende bringt es vielleicht was. Wenn ich immer bloß meine Informationen aushänge, die laufen vorbei, die interessiert das gar nicht, bin ich der Meinung.

*I: Kann man sagen, es gibt kein Qualitätsbewusstsein?*

Frau N: Das glaube ich nicht. Die wissen nicht, was Qualität bedeutet, das ist das Problem. Das Bewusstsein wird schon da sein. Also die Leute wollen, sage ich mal, gut pflegen, wollen sicherlich auch Kosten sparen aber sie wissen die Zusammenhänge nicht. Das ist teilweise sicherlich ne Überforderung da, beim Personal, dass die noch gar nichts damit zu tun hatten, ihr ganzes Leben lang nicht. Und dieser Soll-Ist-Vergleich, den man eigentlich aus dem Büro kennt. Damit haben die meisten gar nichts zu tun. Das ist einfach so. Sicherlich muss man das akzeptieren, aber die Leitung müsste es ja dann wollen, sage ich mal. Dass man jetzt zum Beispiel, sage ich jetzt mal ... Das einfachste Beispiel, da war jetzt eine Schulung im Krankenhaus in S. für Insulin. Da war ein Mitarbeiterin und der PDL, dann wurde ein Zettel ausgehangen in A4, wann ist welches Insulin zu spritzen. Die Bewohner, wenn die sich nicht in den Bauch spritzen lassen wollen, dann kannst du 10 mal die Anweisung raushängen, in Bauch spritzen, die sagen ins Bein, das tut mir nicht so weh. Dann musst du sie eben ins Bein spritzen. Du kannst doch nicht widerrechtlich zu dem Bewohner hingehen und sahen „... mach jetzt den Bauch frei, ich jag dir die Spritze in Bauch ...“. So wäre es ja dann eigentlich. Das geht ja dann einfach irgendwo nicht. Man muss dann schon abwägen, geht's den jetzt oder kann ich's nicht. Klar muss ich dann eine Aktennotiz machen „... der Bewohner lässt sich nicht in den Bauch spritzen ...“. Mann kann das nicht so umsetzen, wie das mitunter vorgegeben ist. Wissen Sie, ich will jetzt nicht sagen, dass das immer so ist, aber man muss auch den Heimbewohnern entsprechend handeln. Man kann ihnen nicht die Vormundschaft



wegnehmen, oder so. „Du bist jetzt mein Material, ich setze dich ein, wo ich will.“ So nach dem Motto. Das geht ja nicht. Oder wir haben Heimbewohner, die wissen genau, wenn sie auf die Toilette müssen, aber die machen eben vorzugsweise in die Pampers und dann wollen die eine neue haben. Das gibt's durchaus. Ja was sagst du dann, „... jetzt mache ich dir die nasse wieder dran und jetzt sieh zu, wie du damit klar kommst den ganzen Tag“. Geht ja nicht. Aber der Materialverbrauch schreibt vor, die darf nur in dem und dem Zeitraum eine so ne Pampers kriegen. Was machen wir dann?

*I: Und was machen Sie?*

Frau N: Na ich wechsel sie, weil es ja sicherlich Leute gibt, die in dem Zeitraum die Pampers länger drum haben. Das sich das dann rechnet, aber das müsste man mal alles auflisten. Verstehen Sie? Diese Aufstellung Soll-Ist, das fehlt. Man könnte ja mal so Statistiken führen, ich sage jetzt mal, der Bewohner braucht so viel am Tag, der so viel. Bloß das macht niemand.

*I: Und wenn Sie es machen würden?*

Frau N: Ich dürfte, aber ich darf ja nicht. Ich darf ja das schon nicht (Sie zeigt mir die Listen für den Wohnbereich) Das ist ja alles geheim.

*I: Und wenn Sie es trotzdem machen würden, was gibt's dann für Konsequenzen?*

Frau N: Zu viel Zeit ...

*I: Na ja, die Zeit müssten Sie aufwenden...*

Frau N: Nee, das wollen die nicht. Die wollen das auch nicht wissen. Ich hatte schon mal den Vorschlag, oder ich hatte es schon mal machen lassen, da waren Schüler da und da habe ich gedacht, jetzt mach eich mal ne Umfrage, welches Essen hat welcher Bewohner am liebsten und was ist der gerne. Um mal so einen Speiseplan in die Küche mal zu geben. Das haben sie alles weg geschmissen.

*I: Kennen Sie die Hintergründe, warum das so ist?*

Frau N: Zu viel Aufwand, zu viel Arbeit. Ich hatte ja auch schon mal den Vorschlag gemacht, jetzt wird's ja gemacht, obwohl es erst abgelehnt wurde, Wahlmöglichkeiten vom Essen. Manche essen ja wirklich, haben ihr Leben lang noch nie Flecke gegessen und wenn's Flecke gibt, na was essen die dann? Jetzt ist eine Alternative da, aber da hat lange gedauert. Aber wenn ich den Vorschlag mache, wird es erst mal nicht akzeptiert. Vorschläge müssen aus der Leitung kommen. Sicherlich hat das auch was mit dem Image zu tun, was man nicht verlieren möchte. Aber ich sage eigentlich, es gehört eigentlich zur Zusammenarbeit. Das muss eigentlich sein, denn ich will denen doch nicht schaden, oder man will doch denen dann nicht schaden, wenn man mal so einen Verbesserungsvorschlag macht. Man will doch, dass man den Leuten was Gutes tut, eigentlich, aber es wird einfach nicht so akzeptiert. Es ist komisch auch mit dem Lob und Tadel. Wie ich schon mal gesagt hatte, da war ich in M. im Heim und da hatte ich das gesehen und da habe ich mir gleich mal so einen Zettel mitgenommen und den dem Herrn J. gegeben. Es ist doch auch nicht so, dass sie darunter schreiben müssen hier Entwurf so uns so. Ich würde doch auch nie hingehen und sagen hören sie mal zu, ich hab das so gemacht. Das sind alles meine Ideen oder so. Das ist doch alles Quatsch, aber die haben davor Angst. Ich weiß nicht warum.

*I: Vor ihren Ideen?*

Frau N: Wahrscheinlich scheint es nicht andern zu sein. Alles was man sagt, oder was ich sage wird erst mal in die Ecke gelegt. Aber wie gesagt, wenn sie das mit gemacht hätten, dann wüssten sie das eigentlich. Ich weiß nicht es ist komisch, es ist wirklich schwierig. Ich weiß ja nicht, vielleicht haben die auch Angst um ihren Arbeitsplatz, dass die vielleicht denken, wenn jetzt jemand das sagt, dann ist mein Arbeitsplatz gefährdet, oder was weiß ich. Das kann durch aus sein, das weiß ich nicht und hab damit nichts zu tun. Es ist eigentlich wie gesagt, die Zusammenarbeit ist nicht da, die ist einfach nicht da. Sicherlich ist auch wenig Zeit...

*I: Ich danke Ihnen für die Informationen.*

Frau N: Ich danke Ihnen auch, dass wir mal reden konnten.

**Interview Nr. 07: I (Interviewer), Frau O (interviewte Mitarbeiterin); (sehr schlecht verständliches Interview)**

***Berufsbiographische Angaben***

*I: Zunächst habe ich ein paar Fragen zu Ihrer Person und Ihrem Beruf.*

*I: Wie alt sind Sie?*

Frau O: Ich bin 46 Jahre. Ich arbeite seit 28 Jahren in der Altenpflege. Hab angefangen mit 19, hab es dann mal kurz unterbrochen. Kurz ist übertrieben, ich ab dann ein Kind bekommen. Weil ich keinen Krippenplatz bekommen habe, habe ich dann 3 Jahre warten müssen. Dann hatte ich weitergemacht. Dann hatte 1982-1984 den Facharbeiter für Krankenpflege gemacht. Dann wieder ein paar Jahre gearbeitet. Dann habe ich '97 bis 2000 den Altenpfleger gemacht. Und mein zweites Kind kam ja auch noch '90 und da sind es jetzt schon 28 Jahre die ich mit alten Menschen zusammenarbeite.

*I: Wie zu diesem Beruf gekommen?*

Frau O: Ich wollte eigentlich Krankenschwester lernen. Ich habe aber keinen Ausbildungsplatz bekommen und da bei uns im Ort in B. ein Pflegeheim steht, da hab ich dann angefangen erst mal. Ich dachte dann machst du es eben erst mal so Altenpflege und machst dann weiter. Aber wie das manchmal so ist, macht man nicht weiter und es kam immer mal was dazwischen.

*I: Welche Entscheidung führte dazu diesen Beruf auszuüben?*

Frau O: Meine große Schwester ist Krankenschwester. Und ich habe dann meistens während der Ferien dort gearbeitet im Krankenhaus. Und das hat mir immer dort gut gefallen.

*I: Warum sind Sie in dieser Einrichtung tätig?*

Frau O: Ich habe in B. gekündigt, weil das Betriebsklima mich nicht mehr angesprochen hatte, absolut nicht mehr. Ich bin ein sehr ruhiger Mensch, vertrage sehr viel. Streitereien gibt's überall, aber wenn's dann zum Mobbing wird. Na ja und da habe ich mir hier mal, weil das Heim in der Nähe ist, beworben.

*I: Waren Sie bereits in anderen pflegerischen Zusammenhängen tätig?*

Frau O: In anderen Heimen? Nein ich war immer in einem.

*I: In B.?*

Frau O: In B.

***Fragen zur Bedeutung des Qualitätsmanagements und den Zielen der Arbeit: Stellenwert und Ziele der Arbeit***

*I: Was ist Ihnen als Person in ihrer Arbeit wichtig?*

Frau O: Dass es ist den Menschen, den alten Menschen in den letzten Jahren oder Stunden wirklich noch gut geht. Die haben auch ihr Leben lang gearbeitet, schwer gearbeitet. Die hatten diese Techniken noch nicht, wie wir. Die hatten wirklich viel Handarbeit gemacht, Kriege durchgenommen. Tja, so ist eigentlich mein Ziel, dass es ihnen wirklich gut geht in den letzten Jahren.

*I: Was ist das Ziel ihrer Arbeit als Pflegekraft?*

Frau O: Das Ziel? Dass die Heimbewohner sich wohl fühlen. Und lieber wäre es mir, dass man mit den Angehörigen noch enger zusammenarbeitet. Das wäre eigentlich das Ideal. Die müssten sich noch mehr mit den Krankheiten ihrer Angehörigen in Verbindung setzen und ... Es sind ja Schulungen, sind ja bei uns zeitweise. Ich weiß nicht wie gut sie besucht sind, aber es müsste wirklich was rüberkommen. Denn der Lehrer spricht ja über die Krankheiten, über die Demenz zum Beispiel. Manche können eben nicht verstehen, dass die Mutti sich so verhält.

*I: Woran machen Sie Qualität in der Pflege und Betreuung fest?*

Frau O: Dass Ordnung und Sauberkeit herrscht, würde ich sagen. Dadurch entstehen auch keine anderen Nebenkrankheiten, kein Dekubitus usw. Das ist für mich gesagt, das A und O. Na und die Zufriedenheit eben, der Heimbewohner. Nicht bloß dass sie gestriegelt und gebügelt im Bett liegen (-lacht-). Nein auch das allgemein, das sie sich wohl fühlen, dass die Beschäftigung stimmt, und allgemein die Pflege.

### **Anzeichen von Qualität**

*I: Was macht eine gute Pflege und Betreuung aus?*

Frau O: Na das ist ja eigentlich das, was ich gerade vorhergehend gesagt habe. Die Heimbewohner müssen zufrieden sein und die Pflegenden aber auch.

### **Fragen zu Situationen und Verhaltensweisen von Personen an denen Qualität sichtbar wird: Beschreibung positiver critical Incidents**

*I: Welche typischen (auffallenden) Situationen aus dem Arbeitsalltag der letzten Tage sind Ihnen besonders in Erinnerung geblieben? Beschreiben Sie eine Situation wo sie denken, dass etwas gut geklappt hat zwischen Ihnen und einem Bewohner?*

Frau O: Da fällt mir gleich gar nichts ein, auf die Schnelle. Aber da haben wir Heimbewohner, die sind gefallen, Oberschenkelhalsbruch. Und die werden jetzt nun immer wieder motiviert zum Laufen. Es sind auch manchmal sehr depressive Menschen dabei, die erst mal umzustimmen, dazu gehört schon viel Kraft. Und wenn sie es dann wirklich machen, und dann wieder laufen können und das klappt, dann weinen die vor Freude schon mal. Und das hatten wir auch oft bei uns jetzt.

*I: Und wie stimmen Sie die Leute um?*

Frau O: Nicht gleich so „... wir stehen jetzt auf und mach los ...“. Da fängt man eben erst mal an im Bett Bewegungsübungen, Gymnastik oder so und man muss versuchen ein bisschen lächerlich ranzugehen, ein bisschen witzig und humorvoll. Und man kennt ja denjenigen, den Charakter. Das kann man nicht mit jedem machen, aber man kennt den eigentlich, wie man ihn am besten zufrieden stellen kann.

*I: Was war das Ergebnis dieser Situation wenn sie jemandem humorvoll zureden?*

Frau O: Das ist schön, wenn die Leute wieder laugen können und man macht das das nächste mal wieder so. Man müsste aber mehr Zeit haben, wenn man zum Beispiel jemandem einen Gefallen tut oder bei 'nem Oberschenkelhalsbruch, man möchte mal wieder mit ihm laufen. Heutzutage macht das ja dann die Physiotherapie und auch wenn wir das mitmachen müssen, wir müssten wirklich noch mehr Zeit haben, früher hatten wir

es. Da waren wir 5 im Frühdienst, im Spätdienst 3, da haben wir sogar noch Beschäftigung gemacht, da gab's noch keine Ergotherapie. Das sind wir mit den Heimbewohnern spazieren gewesen und mal auf der Straße, Ausfahrten, Kaffeeausfahrten, aber nicht hier in dem Heim.

*I: Was könnte man ändern, dass man das wieder machen kann?*

Frau O: Das kann man nicht ändern. Weil die Arbeitskräfte werden gekürzt, so dass die Zeit noch reicht, dafür dass wir unsere medizinischen Versorgungen machen müssen. Zu was anderem kommst du gar nicht von der Zeit her. Ich hab schon immer gesagt, es liebsten wäre mir, die alten Menschen müssten ins Heim, die müssten nichts bezahlen, auch keine Renten kriegen mehr, Taschengeld 50 Euro und dann sind sie quitt. Die haben alles erarbeitet die ganzen Jahre. Und wem das nicht gefällt, der müsste sich privat versorgen lassen, vor allem die, die das Geld haben. Da gäbe es keinen Streit um Pflegestufen.

### ***Beschreibung negativer critical Incidents***

*I: Erinnern Sie sich an schwierige Situationen die für Sie belastend waren, wo etwas nicht so abgelaufen ist, wie Sie es sich vorgestellt haben.*

Frau O: Wir haben eine Bewohnerin, die hat Aspirationsbeschwerden und verschluckt sich immer. Mitarbeiter getraut sich nicht ihr eine Happen zu Essen und zu Trinken zu geben. Das macht einen in den letzten Tagen wirklich fertig. Mitarbeiter überlegt nur, was könnte man am besten mit der Frau machen, Medikamente kriegt sie sehr starke. Am besten wäre eben eine Sonde. Da muss man erst mal alles absprechen mit den Verwandten und überhaupt mir ihnen darüber reden. Das tut einem dann so leid, manchmal geht es bei ihr, aber über die Mittagszeit, da fängt das an. Dann fängt sie an zu husten und, dann steht man da und kriegt lauter Schweißausbrüche. Das ist schwierig halt.

*I: Und wie verhalten Sie sich in so einer Situation?*

Frau O: Ruhig bleiben, ganz ruhig. Sonst steigert sie sich dann hinein und das wird immer schlimmer. Wenn sie merkt, dass das Gegenüber auch ruhig ist, dann kommt sie dann auch wieder zur Ruhe. Wahrscheinlich ist es durch den Parkinson zittert sie dann auch.

*I: Und wie äußert sich das ruhig bleiben?*

Frau O: Das sie gleichmäßiger atmet wieder, nicht mehr so schnell und das Röcheln dann aufhört.

*I: Und wie verhalten Sie sich ruhig?*

Frau O: Wie ich mich ruhig verhalte? Wenn ich merke, dass sie auch wieder ruhiger ist, werde ich automatisch auch ruhiger. Ich muss mich dann wirklich zusammenreißen und innerlich ruhig bleiben. Wenn ich jetzt auch rumzittern würde, das würde nichts helfen.

*I: Was war das Ergebnis dieser Situation durch Ihr Verhalten?*

Frau O: Die wird dann wieder ruhig, diese Schluckstörungen oder dieses Hineinsteigern, ich ersticke oder irgend so was, das hört dann auf und man kann dann nach 'ner Weile ihr wieder in Ruhe was zu trinken geben.

*I: Und das ist eher so ne belastende Situation?*

Frau O: Das ist belastend, ja das kann ja auch mal schief gehen.

*I: Haben sie schon mal so eine Situation erlebt?*

Frau O: Nein, nur vom Hörensagen. Ich war noch nicht mit dabei gewesen.

### ***Fragen zur Qualität in der Einrichtung: Einschätzung der Pflegequalität in der Einrichtung***

*I: Wie beurteilen Sie die Qualität der Pflege in dieser Einrichtung?*

Frau O: So wie es jetzt ist, ist es gut. Auch wenn ich das so sehe, wenn jemand krank geworden ist und in der Urlaubszeit ist keiner gebettelt worden, komm jetzt. So wie es jetzt eigentlich ist.

*I: Nennen Sie Stärken der Pflegequalität.*

Frau O: Sauberkeit und Ordnung, dass es überall Ordnung ist. Regelmäßig die Zimmer nachgeguckt, Blumen die Tischdecke, das immer alles frisch da ist. Das man, klar ist es manchmal auch nicht so, aber dass nehmen wir gerade in Angriff jetzt. Das soll jetzt eine Stärke mit werden. Aber auch die Verordnungen, dass die immer gemacht werden und dass die Bewohner immer sauber und ordentlich angezogen rumlaufen.

*I: Und was würden Sie als Schwäche sehen, was verbesserungswürdig wäre?*

Frau O: (Pause -überlegt-) Die Schwächen. Es gibt ja welche, die sagen, ja das mache ich heute nicht, das machen wir morgen mal, die das dann verschieben. Und das kann ich nicht leiden. Wenn ich sage, ich mach das heute, dann wird das auch so gemacht. Es hat jeder bestimmte Bewohner wo auch die Pflegeplanung und auch die Aufgaben die Zimmer mit ordentlich zu machen. Aber na ja, das wird auch nicht immer gemacht.

### ***Anregungen für Qualitätsentwicklung***

*I: Welche Ziele in Bezug auf die Pflege sollen zukünftig erreicht werden?*

Frau O: Ich würde sagen, dass es weiterhin so bleibt. Das der Mensch zufrieden ist, Krankheiten geheilt und wirklich so wenig wie möglich Dekubitusse entstehen, ja solche Sachen irgendwie. Das das Möglichste der Pflege ausgeschöpft wird und das finanzielle klappt und auch nicht zu teuer ist, eben. Und das man immer mit guter Laune an die Arbeit rangeht.

*I: Das war's schon. Danke.*

Frau O: Mehr kann man gar nicht sagen, wir warten ja immer auf die Änderungen des Staates. Da kann man ja gar nicht s machen. Wenn gesagt wird es dürfen eben bloß 3 Schwestern oder 2 Schwestern im Frühdienst sein, so ungefähr, das ist auch schlimm.

*I: Und wie schaffen Sie das dann zu dritt?*

Frau O: Das ist nicht zu schaffen. Dann können wir auch keinen Baden und dann muss es wirklich schnell gehen. Zur Zeit ist sehr schön, das Schüler da, aber es sind zur Zeit so viele da, das die Menschen es schon auch als störend empfinden. An viele Namen gewöhnen müssen. Das wäre schon schön, wenn es übers ganze Jahr verteilt wäre so Ehrenamtliche auch.

*I: Und 1-Euro-Jobber?*

Frau O: Sind wir sehr zufrieden mit. Die helfen beim Betten beziehen, gehen mit den Leuten spazieren, tun in der Küche mal mit Saft verteilen und dann können wir ja in der Zeit das medizinische machen, Verbände, Verordnungen und so. Die werden stundenweise in den Hauptzeiten von 7-10 oder 16-19 Uhr eingesetzt. Dann können wir früh unsere Leute fertig waschen und anziehen und die helfen noch ein bisschen so beim halten, man kann ja nicht jeden alleine versorgen. Das kommt uns auch zu Gute und sie machen es auch wirklich sehr gut.

*I: Danke schön für die Zeit, die sie aufgewendet haben.*

**Interview Nr. 08: I (Interviewer), Frau H (interviewte Mitarbeiterin)*****Berufsbiographische Angaben***

*I: Zunächst habe ich ein paar Fragen zu Ihrer Person und Ihrem Beruf.*

*I: Wie alt sind Sie?*

Frau H: Ich bin 57 Jahre.

*I: Wie sind Sie zu diesem Beruf gekommen?*

Frau H: Äh, Beruf ist das jetzt hier nicht. Mein Beruf ist eigentlich Zahnarzthelferin. Und das habe ich auch gelernt und habe das 7 Jahre ausgeübt. Hab aber dann die Tochter bekommen und konnte es dann nicht mehr machen. Zumindest ne Weile nicht mehr machen. Und da mein Mann bei der Eisenbahn gearbeitet hat, konnte ich keine Schichten mehr arbeiten. Und dann sind wir auch umgezogen hier nach R. und es war dann keine Möglichkeit mehr weiterzuarbeiten und damals gab es ja noch keine Teilzeitkräfte. Und dann konnte ich leider in meinem Beruf nicht mehr arbeiten, was ich sehr gerne gemacht hätte. Dann war ich 3 Jahre zu Hause und dann fragte man mich, ob ich, als die Tochter in den Kindergarten gegangen ist, ob ich als pädagogische Hilfskraft im Kindergarten mit arbeiten würde, 5 Stunden und da habe ich gesagt ja, mache ich. Und das habe ich dann gemacht bis die Tochter in die Schule gegangen ist und dann fragte man mich ... Ach so dann hatten sie dann schon abgebaut, damals zu DDR-Zeiten und es sollten nur ausgebildete Fachkräfte ... Und dann haben sie mich bloß ab und zu mal geholt und dann bin ich dann zum Teil, zu letzt gar nicht mehr gegangen. Und dann fragte mich der Nachbar, er war Bürgermeister, ob ich im Büro der Gemeindeverwaltung anfangen würde und dann habe ich gesagt, es liegt mir eigentlich nicht so, Büroarbeit aber, obwohl ich hatte ja auch dort mit Leuten zu tun und so. na gut ich guck mir es Mal an, hatte es nicht weit auf Arbeit und na ja, da bin ich dann dort hingekommen, hab auch 5 stunden gearbeitet, bloß und hab's dann 19 Jahre dort gemacht. Bau- und Wohnungswesen und dann bin ich 1998 gekündigt worden. War dann die Jahre arbeitslos und als dann das hier eröffnet wurde, hab ich mir gesagt, na das ist die Chance und hab mich sofort beworben, da war noch nicht mal der erste Spatenstich gemacht, da habe ich mich schon M. beworben, als Helferin. Und habe dann das Glück gehabt, dass ich dann im Dezember hier anfangen konnte. Und ich muss sagen, mir gefällt's sehr gut. Ich bin ja schon immer mit Leuten in Berührung gekommen und mir macht das auch Spaß du ich hab's eigentlich bis heute noch nicht bereut. Es war zwar ne ganz schöne Umstellung und ich hab mich vorher schon informiert, bei meiner Tochter, die Krankenschwester ist, hat sie mir schon so ein bisschen gesagt, was zu machen ist und ich würde sagen es hat auch ganz gut geklappt, dann.

*I: Haben Sie dann noch mal eine Ausbildung gemacht?*

Frau H: Habe ich nicht, nee. Nur als pflegerische Hilfskraft bin ich hier beschäftigt.

*I: Wie lange sind Sie schon an dieser Einrichtung tätig?*

*I: Welche Entscheidung führte dazu diesen Beruf auszuüben?*

Frau H: da ich ja nun 4 Jahre arbeitslos war, und ich hab mich überall beworben und es war nichts und aus dem Beruf war ich dann die vielen Jahre ja raus, es wäre dann auch wieder alles neue für mich gewesen. Die Grundbegriffe verlernt man ja nicht, aber so habe ich gedacht, „... na was machst du denn nun? Bewirbst du dich hier und ...“ Es gefällt



mir. Es ist zwar ne schwere Arbeit, ich arbeite auch nur 4 Stunden und das geht dann auch.

*I: Warum sind Sie in dieser Einrichtung tätig?*

Frau H: Weil ich hier wohne, ich wohne gleich hier in der Ecke, hier hinten. Ich hab's wirklich nicht weit und hatte meine Arbeitsstellen eigentlich immer nicht weit. Außer als ich zu Schule gegangen bin, da musste ich mit dem Zug dann fahren. Und hab gedacht na ja, das ist die beste Möglichkeit.

### ***Fragen zur Bedeutung des Qualitätsmanagements und den Zielen der Arbeit: Stellenwert und Ziele der Arbeit***

*I: Was ist Ihnen als Person in ihrer Arbeit wichtig?*

Frau H: Es mal, dass ich mit Leuten immer zusammen bin, dass ich eigentlich denke, dass ich mit den Heimbewohnern umgehen kann. Und einfach, mir macht es Spaß.

*I: Was ist das Ziel ihrer Arbeit als Pflegekraft?*

Frau H: Es Ziel. Machen wir ja eigentlich schon, alles was am Heimbewohner zu machen ist. Es Ziel wäre, dass ich dann eventuell noch mal Spritzen, oder so was. Das dann wie eine Ausbildung draus wird. Das ist ja dann auch irgendwie mit finanziellen Sachen verbunden und da ich ja nun 57 bin, wird man das mir sowieso nicht mehr genehmigen, denke ich mir. Und ich hoffe, dass ich die Jahre dann hier noch beschäftigt bin. Sind ja alles nur befristete Arbeitsverträge und da hofft man dann immer von einem Jahr zum anderen. Und es gibt ja, sie wissen ja, wenn man überhaupt keine Möglichkeit mehr hat irgendwo bei uns hier sowieso nichts in der nächsten Umgebung und da bin ich schon sehr froh, das ich das hier noch bekommen hab.

*I: Woran machen Sie Qualität in der Pflege und Betreuung fest?*

Frau H: (-Pause-) Dass ich mir das von anderen auch angucke, was die Fachkräfte praktisch machen und hab mir das genau vorher auch schon sagen lassen durch meine Tochter was alles zu machen ist. Und hab mir eigentlich von Anfang an sehr viel selber erarbeitet. Weil man, wo ich angefangen hab, war keine Zeit, das einem die Fachkräfte das so zeigen konnten und, zeigen konnten schon, aber man hat sich am Ende dann doch schon alles selbst angeeignet. Und ich denke mir, dass ich es einfach ordentlich mache, so wurde es mir eigentlich auch bestätigt von der Wohnbereichsleiterin. Und ich hoffe, dass sie zufrieden sind mit mir.

(-lacht-)

### ***Anzeichen von Qualität***

*I: Was macht eine gute Pflege und Betreuung aus?*

Frau H: Die macht sehr viel aus gerade für den Heimbewohner. Die merken das sofort, wer's gut meint und ... Also man muss ein bisschen Einfühlungsvermögen haben. Und das merken die Heimbewohner sofort. Die Heimbewohner merken das jetzt schon, wenn so sehr viele Schüler kommen, wie viele es eben da sind oder 165-Euro und so was. So speziell bei manchen Heimbewohnern habe ich das gestern erst wieder gemerkt, die lehnen prinzipiell Schüler oder junge Mädchen ab. Und ich bin gestern früh rein gekommen, wo sie wieder gesagt hat, das geht nicht hier, „von der lass ich mich nicht waschen“. Also die merken das wohl. Und wenn sie dement sind, aber irgendwie spüren die das sofort. Und

ich hab eigentlich mit keinem Probleme und wir haben ja auch die Lehrgänge, die Weiterbildungen und das hat mir sehr viel gegeben. Was der Herr X, mir dann dort immer gesagt hat. Es war, ich bin ja auch, es war ja für mich auch neu und ... Aber die Weiterbildungen, die wir gehabt haben, waren immer auf eine lustige Art und also das hat mir sehr viel gegeben. Und da hab ich ach sehr viel gelernt daraus. Wie man sich gibt und dass man mit den Leuten redet und dass man sie mal streichelt und das spüren die ganz genau. Und das würde ich sagen, macht eigentlich eine gute Pflege aus.

***Fragen zu Situationen und Verhaltensweisen von Personen an denen Qualität sichtbar wird: Beschreibung positiver critical Incidents***

*I: Welche typischen (auffallenden) Situationen aus dem Arbeitsalltag der letzten Tage sind Ihnen besonders in Erinnerung geblieben? Beschreiben Sie eine Situation wo sie denken, dass etwas gut geklappt hat zwischen Ihnen und einem Bewohner?*

Frau H: Da würde ich sagen, dass was ich Ihnen gerade erzählt hatte von der Frau, die sich dann hat von mir waschen lassen. Hat sich dann von mir auch noch mal ausziehen lassen, sie war fast angezogen, weil sie sich sonst nicht alleine wäscht. Aber wie gesagt, wenn die Frau dann nicht will, dann will sie nicht. Und ich habe es eigentlich bis jetzt immer geschafft, dass ich sie baden konnte oder dass ich sie waschen konnte. Man muss eben dann auf sie eingehen und das bestätigt mir eigentlich immer, dass die Heimbewohner eigentlich mit mir zufrieden sind. Wenn sie einem entgegen kommen und sagen o. k. ich mache das dann. Es war heute früh dann wieder, ich bin dann wieder rein gekommen zu ihr. Sie guckte schon und sagte „... wo ist die andere?“ Und da habe ich gesagt „... die kommt heute nicht.“ Und dann war's o. k., dann hab ich sie gewaschen. Sie lässt sich, sie sagt immer, sie ist gewaschen, sie hat schon alles gewaschen. Da sag ich immer „... kommen Sie, wir waschen, wie machen das, ihr Waschlappen ist noch ganz trocken. Wir gehen noch mal rein und ich helfe Ihnen auch dabei“. Und dann ist es o. k. Das ist eigentlich das, wo ich denke, dann hat sich das eigentlich wieder gezeigt, dass die Leute einen mögen. In solchen Situationen. Und wenn dann manchmal andere, in anderen Situationen, manche sind dann eben auch im Wege und sagen einem dann auch immer ein böses Wort „... du Schlange ..“ oder so was. Das man das nicht auf die Goldwaage nimmt, das ist einfach so. das Krankheitsbild ist eben so, dass man dann sagt, na ja. Das man sich dann eben aufregt, das geht eben dann nicht. Da muss man sich beherrschen dann und dann sagen, o. k. wir lassen es so.

*I: Wie verhalten Sie sich dabei gegenüber dem Bewohner?*

Frau H: Da sage ich dann, äh „...wir machen es dann nicht mehr, gut o. k. lassen sie das, da machen wir das morgen dann ...“. Oder lasse sie einfach und geh dann eben. Und dann kommen sie schon wieder. Das ist immer eine, die da speziell auch mit dem Personal immer schimpft und so. Wenn man Austritte hat und so was. Aber ich akzeptiere das, weil ich denke, sie weiß es nicht anders und lass sie dann und sag auch manchmal „... na das müssen sie aber jetzt nicht sagen, ich sage das doch auch nicht zu Ihnen.“ Aber da kommt eben dann nicht irgendwie Entschuldigung oder so was, muss auch gar nicht kommen, weil sie das sowieso nicht verstehen. Ich akzeptiere es eben dann und lass sie dann. Und das ist dann wieder vergessen bei den Leuten. Und ich hab's dann auch vergessen. Ich kann jetzt nicht so irgendwie, der Typ bin ich eigentlich nicht, so dass ich

dann irgendwie nachtragend bin. Darf man eigentlich auch gar nicht, da ist man fehl am Platz.

*I: Was war das Ergebnis dieser Situation mit der Frau?*

Frau H: Na sie ist dann zufrieden, dass ich dann nicht irgendwie weiter gebohrt habe, oder so. Für sie hat sich das dann erledigt und für mich hat sich das auch erledigt. Sie kommt dann auch nicht wieder, sie geht dann auch nicht wieder drauf ein. Die Sache hat sich dann, it vergessen.

*I: Und bei der vorhergehenden Situation, mit der Dame, die sich nicht waschen lassen wollte, oder ist das dieselbe?*

Frau H: Nee, das ist nicht dieselbe.

*I: Wie verhalten Sie sich, um sie doch zum Waschen zu bringen?*

Frau H: Ich sage dann: „... kommen sie, ich helfe ihnen und wir gehen noch mal rein und ...“. „Nein das mache ich nicht!“ „Man riecht doch dann auch und dann merken das die anderen ...“. Ich nehme sie dann an der Hand und nehme sie mit ins bad rein und wasche sie dann. „... und ich helfe ihnen dann mit ...“, Und dann ist es o. k., dann lässt sie sich das auch gefallen. Dann bedankt sie sich sogar und dann ist sie zufrieden.

### ***Beschreibung negativer critical Incidents***

*I: Erinnern Sie sich an schwierige Situationen die für Sie belastend waren, wo etwas nicht so abgelaufen ist, wie Sie es sich vorgestellt haben.*

Frau H: Na es gibt manchmal Situationen, wo man sehr viel zu tun hat und so was. Und manchmal sind eben tage, wo sehr viel ist, kommen ja auch sehr viele Sachen dazwischen, die dann eben jetzt praktisch nicht so; man kann nichts einplanen. Man hat zwar schon einen Plan, was man noch schaffen muss, aber wenn eben dann eine Visite ist, oder wenn eben dann irgendwelche Zwischenfälle sind, da hat mal jemand einen Durchfall oder es hat mal jemand gebrochen, oder so irgendwas, das muss man dann eben bewältigen und dann ist man dann eben Abends geschafft. Aber man hat dann abends erst mal ne Weile, wenn man dann eben nach Hause geht, gerade wenn man Spätschicht hat, oder so was, das man dann, am Anfang ging mir das so, dass ich dann in der Nacht gedacht habe, hast du das jetzt richtig gemacht, oder hast du jetzt alles noch geschafft, hast du jetzt alles erledigt, was du so machen solltest? Dass dann im Frühdienst auch wieder, dahat man dann bestimmte Sachen ..., das man die Sachen dann abends schon rauslegt für die Heimbewohner für den nächsten tag. Ich mache es jedenfalls so. Das eben alles ordentlich übergeben ist. Aber jetzt ist das irgendwie Routine und das man das dann eben abarbeitet. Und ich bin eigentlich auch so der Typ, der praktisch nicht auf die Uhr guckt und sagt, ich hab jetzt halb 11 Feierabend, wenn ich noch nicht fertig bin, oder wenn ich sehe, dass die anderen noch irgendwas, wenn Hochbetrieb ist, dass ich dann auch mal sag, gut o. k. ich muss das fertig machen. Und im Spätdienst ist das genauso, dann sage ich jetzt nicht, ich hab jetzt Feierabend und geh jetzt nach Hause und lass die anderen dann, der Typ bin ich eigentlich nicht. Und ich hab dann jetzt eigentlich keine Probleme, dass ich sage, jetzt kann ich das nicht mehr bewältigen.

*I: Gibt es jetzt eine konkrete Situation mit einem bestimmten Bewohner, die sehr belastend für Sie war? Können Sie die beschreiben?*

Frau H: Äh klar, wir haben einen Heimbewohner, der ist sehr belastend ist, den musste man erst mal kennen lernen. Und der kann auch sehr böse werden und passt auch ganz genau auf, was man macht und in der Zwischenzeit hab ich ihn eigentlich auch gelernt Abstand zu halten, muss ich sagen. Und ich nehm' ihn dann auch so und sage: „... ach komm und geh jetzt ...“. „Ja das habe ich so gesagt und das meine ich auch so!“ Eine ganz schroffe Art hat er. Ich sag dann „... o. k., ja hat sich der Fall ...“. Aber der will einen auch herausfordern und...

*I: Wie verhalten Sie sich dann in so einer Situation?*

Frau H: Ich sag ihm erst mal die Meinung, bei ihm muss man das sagen. Er ist so ein Typ, dass man das nicht wegsteckt. Er kommt immer wieder und provoziert einen aufs Neue. Am Anfang habe ich auch ein bisschen ... Wenn ich früh rein gekommen bin, wie wird er jetzt wieder reagieren aber in der Zwischenzeit jetzt geht's. Und ich weiß, wie ich ihn zu nehmen hab und es ist o. k. jetzt.

*I: Und wie nehmen Sie ihn?*

Frau H: So wie er mir jetzt kommt und sagt zum Beispiel, wenn er mit dem Essen oder so „Hol mir mal ne Schnitte!“ dann sag ich „wie bitte?“ „na du weißt schon, wie ich das meine.“ Dann sag ich: „Na dann kannst du auch sagen bitte, ich bin ja auch höflich zu dir.“ „Und dann kannst du das auch, dann erwarte ich das von dir auch.“ „Ja, ja.“ Er hat sich auch schon zigmal entschuldigt bei mir und wenn ich dann nicht mehr reagiere, rede ich dann nicht mehr. Wenn es dann ganz schlimm ist, rede ich dann nicht mehr. Und er kommt dann von ganz alleine und sagt dann: „... ich möchte mich dafür entschuldigen jetzt, du weißt ja wie ich bin.“ Dann sage ich immer: „Na gut, o. k., ich hab's vergessen.“ Und dann geht das.

### ***Fragen zur Qualität in der Einrichtung: Einschätzung der Pflegequalität in der Einrichtung***

*I): Wie beurteilen Sie die Qualität der Pflege in dieser Einrichtung?*

Frau H: Pflegequalität, würde ich sagen, gut. Man guckt immer beim Heimbewohner, ob es an nichts fehlt. Man guckt auch immer, was man vielleicht noch besser machen kann. Ich bin eigentlich auch verantwortlich für das ganze Körperpflege einzukaufen und so was. Da bespreche ich mich mit der WBL, denn die Kosten sind auch bemessen und so. Habe mich dann auch bemüht in der Apotheke und so, mit Absprache vom PDL, ob ich das bestellen kann und so. Das praktisch für die Heimbewohner für die Haut und Creme und dann wird noch mal geguckt, wie es ist, ob es besser geworden ist und so.

*I: Nennen Sie Stärken der Pflegequalität.*

Frau H: Allgemein die Stärken, oder meine Stärken?

*I: Allgemein die Stärken hier im Haus.*

Frau H: Es wird sehr Wert drauf gelegt, auf den Umgang mit den Heimbewohnern. Also von der Heimleitung wird sehr Wert drauf gelegt. Es werden auch immer Kontrollen durchgeführt, ob alle ordentlich und richtig arbeiten. Wenn wirklich mal irgendwas

vorkommt, wird es auch gleich zur Sprache gebracht und dass man es besser machen kann wird es gleich geklärt.

*I: Und was würden Sie als Schwächen sehen, was verbesserungswürdig wäre?*

Frau H: Als Schwächen würde ich jetzt mal sagen, das geht nun mal aber nicht anders, dass mit der Besetzung. Im Grunde genommen, müssten mehr Kräfte sein, damit man sich viel mehr Zeit für die Bewohner lassen könnte. Aber es ja nun, von der Kasse wird ja alle nun geregelt. Wir bemühen uns schon aber, im Grunde genommen müsste eigentlich mehr Personal für die Bewohner sein. Damit man sich für die Bewohner auch mehr Zeit lassen könnte, gerade für demenzkranke und so was. Damit man mit denen ein bisschen spazieren gehen könnte oder so was. Die Zeit ist eben überhaupt nicht. Das machen eben dann alles jetzt die Schüler und so was, die mal mit den Leuten rausgehen und so was. Ich meine es ist ja Beschäftigung hier auch und so was. Aber dann für alle. Das man sich speziell für die Heimbewohner, für manche Heimbewohner mal mehr Zeit lassen könnte. Mal mit den Bewohnern sich unterhalten könnte. Es fehlt auch manchmal, wenn die Heimbewohner jetzt irgendwelche Sachen haben, wenn sie so weinen oder irgendwelche Geräusche oder so irgendwas hören. Das man sich Gedanken macht und sagt, warum sind sie denn jetzt so? Warum verhalten sie sich denn jetzt so, warum weinen sie jetzt auf einmal, warum schreien sie denn so? Und dass, es hängt ja viel damit zusammen, dass wie es früher mal war. Und das müsste eben auch, die Biographie, das wird jetzt auch schon langsam aufgearbeitet. Das man weiß woher das kommt. Wir haben eine Frau, die kann es zum Beispiel laut überhaupt nicht ertragen. Wenn es irgendwo klirrt oder irgendwie was, die ist sehr dement, die merkt sonst überhaupt nichts mehr, aber das merkt sie sofort und dann fängt sie an, oder irgendwie laute Musik oder Kirchenmusik zum Beispiel auch, wenn so schwere Musik auch ist, dann fängt sie plötzlich an zu weinen und sagt „oh Gott, oh Gott“ und so was, dass man dann wüsste wo das herkommt. Ja, es muss ja von irgendwo herrühren, dass die Leute so reagieren. Und das dann mal aufarbeiten und dann kann man sich ein Bild machen. Wir haben zum Beispiel einen Heimbewohner, der unheimlich geschrien hat, wenn man ihn gepampert hat. Und zu letzt war es dann so schlimm, wenn wir rein kamen, „Au!“ der schrie alles zusammen. Bis wir dann mal erfahren haben, dass er im Krieg war und im Krieg sehr viel durchgemacht hat und praktisch auf einem elektrischen Stuhl gesessen hat und das überlebt hat. Und das waren die Schreie, die „Au!“ und was weiß ich. Das wussten wir dann. Dann haben wir gesagt, na o. k. Aber das hatte uns vorher auch niemand gesagt. Wir haben immer gesagt „schreien sie dich nicht so, wir tun ihnen doch gar nichts, wir tun ihnen doch gar nicht weh ...“. Aber das Aufarbeiten, das man dann weiß, wo das herkommt.

*I: Und wie könnte man das machen?*

Frau H: Schon wenn jetzt ein neuer Heimbewohner kommt, die Biographie von den Kindern, dass man das alles praktisch aufnimmt, wie das war. Meine Schwiegermutter ist hier im Heim und die Biographie, die hab ich selber mit ihr geschrieben. Und das man das alles praktisch aufarbeitet, wie das dann mal früher war. Ich meine sie ist nicht dement, die Schwiegermutter, noch nicht. Aber sie hat sehr viel durchgemacht. Und irgendwann, die Dementkranken, das kommt ja dann. Sachen, die früher waren, das kommt ja dann alles wieder. Die sind ja dann eben wie kleine Kinder und was sie dann früher erlebt haben und so was. Die Namen und so, das kommt dann alles wieder. Das habe ich praktisch hier

mit rein genommen, was die Schwiegermutter früher erlebt hat. Das ihre Mutter praktisch gestoben ist bei der Geburt und dass sie eine Stiefmutter hatte. Das die sehr böse war. Und das die Schwiegermutter mit 11 Jahren schon aus dem haus raus ist, weil der Vater eine neue Frau genommen hat und die Stiefmutter war sehr böse zu ihr. Und das habe ich alles mit rein genommen, das kann eventuell mal später irgendwie kommen oder so. es muss nicht, aber das man das weiß. Und dass sie schon als Kind sehr Zeitig aus dem haus raus ist und praktisch zu 'ner Verwandten hin ist und zeitig auch in Stellung ist und auch vieles durchgemacht hat.

*I: Und die Biographiearbeit wird die jetzt gemacht, wenn ein neuer Heimbewohner kommt?*

Frau H: Ja das wird gemacht jetzt, wenn ein neuer Heimbewohner kommt.

*I: Und was geht dann nicht, weil Sie sagten das Aufarbeiten...?*

Frau H: Na ja, wir wissen von vielen die jetzt oder von einigen, die jetzt schon lange da sind, das ist nicht so richtig gemacht worden. Und das wird aber jetzt gemacht, wenn neue Heimbewohner kommen. Viele haben jetzt ja auch keine Angehörigen mehr, oder so was. Wo man dann nicht weiß, was ist gewesen. Das ist eigentlich auch wichtig würde ich sagen, für neue Leute, die jetzt ins heim kommen, dass man das fragt.

### **Anregungen für Qualitätsentwicklung**

*I: Welche Ziele in Bezug auf die Pflege sollen zukünftig erreicht werden?*

Frau H: Ziele setzen wir uns ja eigentlich immer. Wenn man versucht Zeit zu haben für die Leute. Und dass man die Leute motiviert. Der eine, der jetzt gekommen ist, konnte nicht laufen, sich nicht bewegen, nicht alleine Essen und so was. Das Ziel war, also er hat sehr viel selber auch noch mit gemacht und wir haben ihn immer dazu angehalten und gesagt und so. Da stecken wir uns eigentlich schon hohe Ziele und wenn wir das geschafft haben, und wir gut gearbeitet haben bis wir das geschafft haben. Mit Hilfe, der Heimbewohner muss natürlich auch mit wollen. Aber man versucht die Leute eben doch mit zu motivieren, dass man das schafft und das sind wir eigentlich froh, wenn sie zufrieden sind.

*I: Was sollte sich noch in Zukunft ändern, bezüglich der Organisation und Struktur des Hauses?*

Frau H: (-überlegt-) Es gibt eigentlich nichts. Die Heimleitung macht ja auch sehr viel. Sommerfeste und so was wird ja auch sehr viel gemacht, auch die Außenanlagen und so. Und sonst gibt's da eigentlich keine Sachen zu sagen.

*I: Gut dann bedanke ich mich bei Ihnen, dass sie sich die Zeit genommen haben.*

**Interview Nr. 09: I (Interviewer), Frau A (interviewte Mitarbeiterin)**

***Berufsbiographische Angaben***

*I: Zunächst habe ich ein paar Fragen zu Ihrer Person und Ihrem Beruf.*

*I: Wie alt sind Sie?*

Frau A: Ich werde 43.

*I: Wie sind sie zu diesem Beruf gekommen?*

Frau A: Also ich war Verkäuferin früher bis 90/91. Und der Konsum ging Pleite und dann musste ich mir eben eine Alternative suchen. Und dann habe ich eben Altenpflege, das war schon immer so das was ich wollte. Dann hab ich umgeschult auf Altenpflegerin wie gesagt und bin es bis heute.

*I: Welche Entscheidung führte dazu diesen Beruf auszuüben?*

Frau A: Wegen den Menschen, ganz einfach, das ist schön.

*I: Warum sind Sie in dieser Einrichtung tätig?*

Frau A: Oh Gott, na ja. Ich war erst in B. über 10 Jahre und dort war Mobbing. Und da bin ich mit meiner Freundin, die Frau O, war die schon zum Interview ... Die kommt auch noch. Und da haben wir uns beworben und die Frau O wurde zu erst genommen. Ich hab dann gekündigt und bin in die häusliche Krankenpflege gegangen und dann hat das hier geklappt.

*I: Waren Sie bereits in anderen pflegerischen Zusammenhängen tätig?*

Frau A: Wir haben Praktikum mitgemacht, im Krankenhaus und in der häuslichen Pflege. Und ein halbes Jahr in der Häuslichen.

***Fragen zur Bedeutung des Qualitätsmanagements und den Zielen der Arbeit:  
Stellenwert und Ziele der Arbeit***

*I: Was ist Ihnen als Person in ihrer Arbeit wichtig?*

Frau A: Sagen wir mal so, mein Ziel ist eigentlich, ich will eigentlich die Leute so behandeln, wie ich später auch behandelt werden will. Ganz einfach.

*I: Was ist das Ziel ihrer Arbeit als Pflegekraft?*

Frau A: Das es den Leuten gut geht, die müssen versorgt werden. Ich komm eigentlich gerne her. Und überhaupt, dass es Spaß macht.

*I: Woran machen Sie Qualität in der Pflege und Betreuung fest?*

Frau A: Zurzeit ist es schwer, weil wir ja keine Zeit mehr haben. Dass eben die Leute ordentlich versorgt werden und das man sich wirklich auch mal, auch wenn die Zeit nicht ist, sich mal hinsetzten mit denen und ein bisschen schwatzt. Das die Leute sauber sind, ordentlich aussehen. Das die eben gut behandelt werden, das ist das A und O. Das ist für mich das wichtigste. Ansonsten, die Ideale, die wir früher hatten, kann man alle in Wind werfen, das ist so.

*I: Was waren das für Ideale?*

Frau A: Na, spazieren gehen zum Beispiel, und mit den Leuten Spiele machen, was jetzt die Ergotherapie macht oder einfach Zeit nehmen, das geht nicht mehr. Es ist einfach so. Dazu sind wir zu wenig Leute.

**Anzeichen von Qualität**

*I: Was macht eine gute Pflege und Betreuung aus?*

Frau A: Ne gute Pflege, muss man erst mal überlegen. Na dann komm ich wieder drauf zurück: wenn man die Leute ordentlich behandelt, wenn man sie nicht vernachlässigt. Oder wenn man mit einem nicht so kann, dass man den auch involviert und man mit dem auch redet. Ich weiß nicht. Das die Leute vielleicht ins Bette gehen und dann denken, hier, der Tag war doch nicht so, dass ich mir nicht das Leben nehmen will, oder so. Das man die aus dem Trübsinn rausholt.

*I: Und wie machen Sie das?*

Frau A: Indem ich viel lache mit den Leuten. Ich komme eigentlich so gut zu Recht mit den Leuten.

**Fragen zu Situationen und Verhaltensweisen von Personen an denen Qualität sichtbar wird: Beschreibung positiver critical Incidents**

*I: Welche typischen (auffallenden) Situationen aus dem Arbeitsalltag der letzten Tage sind Ihnen besonders in Erinnerung geblieben? Beschreiben Sie eine Situation wo sie denken, dass etwas gut geklappt hat zwischen Ihnen und einem Bewohner?*

Frau A: Ich muss mal sagen, das ist eigentlich jeden Tag so. Ich hab eigentlich da keine Probleme. Ich geh eigentlich jeden Tag nach Hause, zum Beispiel jetzt hier in X, ich will das Haus jetzt nicht irgendwo hinloben, aber es ist schön hier, mir gefällt's hier super. Ich komm auch zurecht, es ist eigentlich jeden Tag so. Schön kann man nicht sagen, aber es ist eigentlich jeden Tag so.

*I: Können Sie mir eine Situation beschreiben?*

Frau A: Vielleicht wenn jemand so deprimiert ist oder so, den man dann so raus holen kann und motiviert. Und das der Mal für ne halbe Minute lacht oder so?

*I: Wie erreichen Sie sich das?*

Frau A: Na, indem ich mich mit dem hinsetzte und irgendein Gespräch führ oder so. Vielleicht auch wenn's ne Sinnlosigkeit ist, aber irgendwie. Lachen alleine bringt schon was. Das kann ich nicht erklären, das ist halt so. Ich weiß nicht. Und wer da nicht drauf eingehen will, da geht man halt wieder. Man tut das dem nicht aufzwingen. Oder man geht vorbei, auch wenn man keine zeit hat und tut ein freundliches Wort verlieren. Kommen Sie mit auf die Station, da werden sie sehen, wie das so abläuft.

*I: Das hab ich dann nach den Interviews auch vor.*

**Beschreibung negativer critical Incidents**

*I: Erinnern Sie sich an schwierige Situationen die für Sie belastend waren, wo etwas nicht so abgelaufen ist, wie Sie es sich vorgestellt haben.*

Frau A: Gibt's eigentlich auch viele. Das geht immer so hin und her. Zum Beispiel, wenn jemand stirbt oder so, wo man vorher denkt, dass der gut drauf ist oder so. Dass der eben noch nicht gehen muss. Und der dann plötzlich krank wird und dann stirbt, ganz schnell. Oder wenn jemand traurig ist, weil die Kinder nicht kommen, gibt's auch.



*I: Und wie verhalten Sie sich in so einer Situation?*

Frau A: Das lässt man die erst mal in Ruhe und dann geht man so langsam an die ran. Also ich mache es jetzt so.

*I: Und wie machen Sie das genau?*

Frau A: Na man beobachtet die halt, ich steh nun nicht daneben, aber man kriegt das mit. Wenn sie mit den Leuten arbeiten, sie haben ja immer nur die eine Station, dann sehen sie das einfach. Irgendwo steckt das drinne.

*I: Und wenn Sie auf die Leute zugehen, was machen Sie da?*

Frau A: Das kommt immer auf denen ihre Reaktion eigentlich an. Es entscheidet sich dann irgendwie. Wenn die sich zurückziehen ins Zimmer, da guckt man mal kurz rein. Und dann sieht man einfach die Stimmung. Entweder geht man dort hin und tut mal, wie soll ich das sagen, es ergibt einfach die Situation. Wenn Die das nicht wollen, ich weiß nicht.

*I: Was ist das Ergebnis dieser Situation durch Ihr Verhalten?*

Frau A: Na es gibt Bewohner, die wollen das vielleicht auch nicht, die lehnen das ab. Und manche sind dann froh drüber, die weinen auch mal oder die lachen dann halt mal wie befreiend, obwohl die dann in der nächsten Minute wieder in ihre Depression versinken. Es immer nur ne Minutensache. Große Erfolge hat man nicht. Es ist von Tag zu Tag anders, das ist es halt.

*I: Können Sie sich vielleicht noch an eine für Sie positive Situation erinnern und diese beschreiben?*

Frau A: Schön ist eigentlich, wenn man schön so rein kommt ins Haus und, also oben auf die Station und dann ist Ruhe und Frieden und die Leute sitzen da, eben so entspannt und die zanken sich halt nicht über so Banalitäten, wo sie sich manchmal in die Haare kriegen. Das ist, wenn die einen anlachen, ich weiß nicht, was ich da noch sagen soll. Das werden Sie erleben, wenn Sie auf die Station kommen. Sie können einen miesen Tag erwischen, wo es total hektisch zugeht und Streit ist aber ansonsten ... Jeder ist anders, jeder Heimbewohner, das ist alles individuell. Ich will eben bloß nicht, das ich nach Hause gehe und denke, och heute war der Tag beschissen. Das ist für mich vielleicht dann, ... so wie es in B. war.

*I: Und was machen Sie dagegen, dass Sie nicht mit solch einem Gefühl nach Hause gehen?*

Frau A: Sagen wir mal so, ich bin ein positiv denkender Mensch, ich hol mich da selber wieder raus, irgendwo. Dann gehe ich eben woanders hin, wenn ich jetzt mir irgendeinen nicht kann oder könnte, dann schicke ich eben meinen Pfleger, also meinen Spannemann dahin und dann muss der das regeln.

### ***Fragen zur Qualität in der Einrichtung: Einschätzung der Pflegequalität in der Einrichtung***

*I: Wie beurteilen Sie die Qualität der Pflege in dieser Einrichtung?*

Frau A: Wir haben ja hier so QMB, ich weiß nicht, ob Sie schon mit ihr gesprochen haben. Ich bin auch in so einem Qualitätszirkel drin und da machen wir eben, aller paar

Wochen treffen wir uns. Und da haben wir halt eben so Listen, die das positive und das negative aufzählen und tun das dann bearbeiten. Wir wollen jetzt auch vorn, oder haben schon so einen Briefkasten hängen, wo man halt so anonym so Meinungen rein tun kann. Ansonsten, das Haus steht gut da, würde ich sagen. Jetzt nicht mit 'ner „1“, aber wir stehen gut da. Die PDL und die Frau I, die geben sich große Mühe, alles auf dem neuesten Stand zu halten. Wir haben viele Schulungen.

*I: Nennen Sie diesbezüglich Stärken.*

Frau A: Das wir die Leute ordentlich versorgen. Obwohl wir wirklich manchmal auch, vieles weglassen müssen.

*I: Woran machen Sie eine gute Versorgung fest?*

Frau A: Na eben, dass sieht man an den Leuten. Klar artet es manchmal schon in Fleißbandarbeit aus, gerade früh oder wenn wir die Leute ins Bett schaffen, aber ... Dass die dann vielleicht wie frisch und gewaschen, nicht irgendwie wütend sind auf irgendwas.

*I: Und was würden Sie als Schwäche sehen, was verbesserungswürdig wäre?*

Frau A: Die Schwächen bei uns jetzt hier, so lange bin ich ja noch nicht hier. Schwächen haben wir sicherlich auch. Eben Zeitprobleme, Arbeitskräftemangel, aber wir kriegen keine, weil mit der Berechnung haut es nicht so hin. Eben, dass es manchmal Fließbandarbeit ist. Ansonsten, müsst eben wirklich mehr Zeit haben, um drüber nachzudenken. Und man müsste vielleicht schon ein bisschen länger in dem Haus arbeiten oder so. Ich bin jetzt seit Oktober hier, ein dreiviertel Jahr.

*I: Was könnte man den ändern, um die Fließbandarbeit...*

Frau A: Ha, na dass ist ja das Problem, Arbeitskräftemangel ... Ansonsten ist das A und O man macht die Leute gut fertig und dann sitzen die eben den ganzen Tag so. Wenn wir Frau X nicht hätten, die Ergotherapeutin, würden die den ganzen Tag nur an ihrem Platz sitzen. Bloß mal auf Toilette und Essen, wieder mal auf Toilette und dann ins Bett.

*I: Ist das auch eine Schwäche?*

Frau A: Na ja, wie gesagt, wir haben ja die Frau X, die ist stundenweise da in der Woche und die gibt sich viel Mühe. Also die holt die Leute und macht, das ist schon ... Wir haben auf Station Leute, die können sich überhaupt nicht mehr beschäftigen. Stellen Sie sich mal vor, Sie sitzen da, den ganzen Tag und Sie wollen nirgendwo hingehen, ich meine das ist nicht schön, oder. Und die Zeit ist knapp, sich mal hinzusetzen.

### **Anregungen für Qualitätsentwicklung**

*I: Welche Ziele in Bezug auf die Pflege sollen zukünftig erreicht werden?*

Frau A: Na eben, es greift bissel ineinander, da komme ich wieder auf den Punkt, das man mehr Zeit für die Leute haben müsste, das ist das A und O. ich glaube nicht, dass sich das ändert in nächster Zeit. Es wird eher noch schlimmer werden. Na wenn die Gelder und so nicht bewilligt werden. Wir haben ja viele Pflegestufen 1 durch den MDK, die tun das ein bisschen hier in Sachsen nicht so gut bewerten, wie drüben im Westen. Da müssen wir andauernd noch mal nachdrücken und so und die noch mal bestellen zu Wiederbegutachtung, dass die uns auch die 2 dann geben. Na sie kriegen dann halt nicht so viel Geld für die Leute und das führt dann auch irgendwo. Gerade die 1 braucht am meisten Zeit von

der PS und wird am wenigsten bezahlt. Die 3, die liegen im Prinzip Schwerstpflege im Bett, mit denen hat man halb so viel Arbeit, wie mit der 1. Aber das liegt am ganzen System, da kann man nichts ... Aber machen wir das Beste draus, würde ich sagen.

*I: Und wie soll das konkret aussehen?*

Frau A: Na halt, dass man eben, was ich am Anfang gesagt hab, dass man sich Mühe gibt mit den Leuten. Das man die nicht anschreit oder. Ich meine manchmal ist man auch mit den Nerven oder so, wenn stressig war. Aber ist wie zu Hause, also man tut mal lauter reden, was soll ich sagen. Das bringt der Tag. Man muss die wirklich behandeln, als wenn es ihr Zu Hause ist hier.

*I: Gut ich danke Ihnen, dass war's schon.*

Frau A: Und wann kommen Sie mal mit hoch.

*I: Wenn ich die Interviews beendet habe.*

Frau A: Und wie lange?

*I: Immer mal ein paar Tage am Stück.*

Frau A: Das ist gut, denn von einem Tag alleine, können Sie noch nichts sehen. Schade dass sie nicht nach B. gekommen sind. Da hätten wir Ihnen was über Mobbing erzählen können. Das wäre interessant gewesen. Aber ansonsten, Höhen und Tiefen.

**Interview Nr. 10: I (Interviewer), Frau E (interviewte Mitarbeiterin)*****Berufsbiographische Angaben***

*I: Zunächst habe ich ein paar Fragen zu Ihrer Person und Ihrem Beruf.*

*I: Wie alt sind Sie?*

Frau E: Ich bin 38

*I: Wie sind Sie zu diesem Beruf gekommen?*

Frau E: Ja, ich hab mich einfach beworben. Also ich war erst in P. gewesen, 2Jahre. Und weil ich hier in der Nähe wohne und als ich gehört habe, dass die hier anfangen, habe ich mich beworben und ich hatte Glück, die haben mich genommen.

*I: Welche Ausbildung haben Sie gemacht?*

Frau E: Ich hab Polsterer gelernt.

*I: Und haben dann umgeschult?*

Frau E: Ich hab gar nicht umgeschult. Also ich hab mich wie gesagt nur beworben, weil ich gehört hab, wie gesagt in P. habe ich erst gearbeitet, dass dort jemand gesucht wird. Und ich hab auch nicht lange gewartet, da kriegte ich einen Anruf und da durfte ich kommen zum Vorstellungsgespräch und am Montag drauf konnte ich gleich anfangen.

*I: Welche Entscheidung führte dazu diesen Beruf auszuüben?*

Frau E: Na ja, sagen wir mal so, es gab ja nichts mehr will ich mal sagen. Also meinen Beruf, den gibt's überhaupt nicht mehr und ich bin eigentlich mehr oder weniger durch meine Schwester in den Beruf gekommen. Sie ist gelernte Krankenschwester und hat aber dann umgeschult auf Altenpfleger und sie gab mir dann den Tipp. Und weil ich eigentlich auch eine Oma hatte, die wir gepflegt haben und ich eigentlich ein gutes Verhältnis mit alten Leuten habe. Hab kein Problem damit.

*I: Warum sind Sie in dieser Einrichtung tätig?*

Frau E: Weil, wie gesagt der Arbeitsweg also eine Rolle gespielt hat und weil eben durch meine Kinder auch, dass ich sozusagen gleich erreichbar bin, wenn mal was sein sollte.

*I: Waren Sie bereits in anderen pflegerischen Zusammenhängen tätig, weil Sie sagten, das Sie in P. gearbeitet haben?*

Frau E: Da habe ich aber auch nur als Pflegehilfskraft gearbeitet.

*I: Und wie lange?*

Frau E: 2 Jahre.

*I: Und wie lange sind sie hier jetzt?*

Frau E: Das werden jetzt 2 Jahre im Dezember.

***Fragen zur Bedeutung des Qualitätsmanagements und den Zielen der Arbeit: Stellenwert und Ziele der Arbeit***

*I: Was ist Ihnen als Person in ihrer Arbeit wichtig?*

Frau E: Tja, dass ich genauso akzeptiert werde, wie eine gelernte Kraft und wir machen ja auch die Arbeiten, wie eine Gelernte. Außer, dass wir keine Medizin setzten dürfen oder

spritzen. Tja, also das man nicht so herablassend, wie soll ich sagen ... Also dass man eben nicht merkt, das man eben eine Pflegekraft nur ist.

*I: Was ist das Ziel ihrer Arbeit als Pflegekraft?*

Frau E: ja, dass sich die Leute wohl fühlen. Das sie zu mir sagen, „... sie sehen wir gerne“. Das höre ich eigentlich sehr oft, muss ich mal sagen. Freue ich mich auch, da freut man sich dann. Denn es gibt ja auch viele, die dann sagen „... nee die woll’n wir nicht“ oder so, gibt’s schon.

*I: Haben Sie das schon mal erlebt?*

Frau E: Ja. Das ist auch jetzt zurzeit, weil auch so viele neue da sind, jetzt gerade mit den 1-Euro-Jobbern, da sagen doch schon manche Heimbewohner, dass sie gar nicht mehr wissen, mit wem sie es überhaupt zu tun haben. Das können sie eigentlich gar nicht so schnell verarbeiten.

*I: Woran machen Sie Qualität in der Pflege und Betreuung fest?*

Frau E: (-Pause-) Hm, wie soll ich denn sagen...

*I: Oder was bedeutet für Sie Pflegequalität?*

Frau E: Na dass die Leute sich in erster Linie wohl fühlen. Also dass man noch Zeit hat für die Leute. Also dass man alles machen kann, was von einem verlangt wird. Jetzt fällt mir einfach nichts mehr dazu ein.

### **Anzeichen von Qualität**

*I: Was macht eine gute Pflege und Betreuung aus?*

Frau E: Hm, gute Pflege? Ich weiß nicht, was ich jetzt sagen soll. Können Sie die Frage anders stellen?

*I: Woran erkennt man eine gute Pflege und Betreuung?*

Frau E: Na, dass sich die Leute wohl fühlen. Dass sie gerne da sind.

*I: Woran erkennt man dass, dass die sich wohl fühlen?*

Frau E: Also man merkt dass ja eigentlich. Manche sagen es, na gut manche sagen es auch nicht.

*I: Und die Leute, die es nicht sagen können, woran erkennen Sie...*

Frau E: Das merkt man, das merkt man am Gesichtsausdruck, das merkt man dann schon. Das sieht man wirklich am Gesichtsausdruck, die sind zufrieden und die lachen.

### **Fragen zu Situationen und Verhaltensweisen von Personen an denen Qualität sichtbar wird: Beschreibung positiver critical Incidents**

*I: Welche typischen (auffallenden) Situationen aus dem Arbeitsalltag der letzten Tage sind Ihnen besonders in Erinnerung geblieben? Beschreiben Sie eine Situation wo sie denken, dass etwas gut geklappt hat zwischen Ihnen und einem Bewohner?*

Frau E: Na es gibt eine Heimbewohnerin, wenn man zu ihr ins Zimmer kommt, also die freut sich und die drückt einen erst mal, die ist immer lieb und nett, also da kann kommen wer will eigentlich. Und wenn man dann wirklich mal einen schlechten Tag hat

oder so, kommt ja auch mal vor. Man geht dort in das Zimmer rein und sie begrüßt einen erst mal, sie drückt einen erst mal. Also das ist schon eigentlich ein schönes Gefühl.

*I: Wie haben Sie sich in dieser Situation verhalten?*

Frau E: Ich drück sie auch. Ich hab da auch keine Berührungsängste oder was. Also ich drück sie auch. Manche die sind ein bisschen unnahbar, da kann das nicht machen. Aber manche, die brauchen das auch. Und gerade wie bei der Heimbewohnerin, also die ist wirklich dankbar, wenn man da mal reinguckt und sie wird gedrückt. Da freut sie sich, das sagt sie auch.

*I: Was war das Ergebnis dieser Situation durch Ihr Verhalten?*

Frau E: Das Ergebnis? Na man ist erst mal auch beruhigt, dass der Heimbewohner sich gefreut hat, dass man sie gedrückt hat. Denn dann ist es ja, dann hat man keine Zeit mehr. Das ist für Sie erst mal dann auch Bestätigung, dass sie angenommen ist.

### ***Beschreibung negativer critical Incidents***

*I: Erinnern Sie sich an schwierige Situationen die für Sie belastend waren, wo etwas nicht so abgelaufen ist, wie Sie es sich vorgestellt haben.*

Frau E: Na ja, das waren die Anfangszeiten, wo dann alles noch neu war. Ich glaube die Heimbewohner waren da nicht ... war ja alles fremd, auch für die Heimbewohner, für mich und da hatte auch mal mit einer Heimbewohnerin ... Da hatte ich aus Versehen zum Abendbrot ihre Suppe jemanden anderes gegeben. Ich wusste es auch nicht, muss ich ganz ehrlich sagen. Da hat sie, also war sie ganz ungehalten mir gegenüber und hat sie auch lauthals preisgegeben. Und ich hab mich mindestens 3, 4-mal entschuldigt. Es hat überhaupt keine Reaktion gegeben. Das hat mich schon geärgert. Also da muss ich auch sagen, da war ich auch den Tränen nahe, weil ich wirklich mir keiner Schuld bewusst war. Sie hätte ja können eine andere Suppe nehmen, aber das wollte sie ja nicht. Sie wollte ihre Suppe haben. Das war eigentlich so, bloß im Nachhinein lernt man ja dann die Heimbewohner kennen. Und die hat das schon mit mehreren, will ich mal sagen so ... Aber da muss man dann halt drüber weg sehen. Aber das ist so was, wo ich mich dann geärgert habe. Das hätte nicht sein müssen.

*I: Und wie verhalten Sie sich in so einer Situation?*

Frau E: Na wie gesagt, ich hab mich entschuldigt, dass ich das nicht gewusst hab und hätte ihr ja eine andere Suppe gegeben, aber hat sie abgelehnt. Aber sie hat meine Entschuldigung auch nicht akzeptiert, dass muss ich auch mal sagen.

*I: Was war das Ergebnis dieser Situation durch Ihr Verhalten?*

Frau E: Na ja, sie hat geschimpft, sie hat eben im Speiseraum lauthals geschimpft. Dass es eben nicht Recht war.

*I: Gibt es noch weitere solche Situationen die sie täglich erleben?*

Frau E: Na ja, weniger eigentlich. Es gibt schon manche Heimbewohner, die schimpfen über alles. Denen kann man's nicht recht machen. Ich meine, die sehen ja auch, dass wir eigentlich genug Arbeit haben, aber die sind halt einfach so. Man weiß ja nicht, wie sie im früheren Leben gewesen sind. Was da zu Hause war. Damit muss man eben umgehen können.

*I: Und wie gehen Sie damit um?*

Frau E: Man hört einfach zu und es ist o. k. Da kannste auch nichts sagen. Am Ende verstehen sie es auch nicht, bei Dementen zum Beispiel. Mitarbeiter kann dann eben nur hingehen und sagen, dass sie eben Unrecht hat, indem was sie gesagt hat, ihr das verständlich machen.

***Fragen zur Qualität in der Einrichtung: Einschätzung der Pflegequalität in der Einrichtung***

*I: Wie beurteilen Sie die Qualität der Pflege in dieser Einrichtung?*

Frau E: Also eigentlich in Ordnung. Es könnte manches vielleicht besser sein.

*I: Was zum Beispiel?*

Frau E: Na dass man eben mehr Zeit hätte, sich um die Leute zu kümmern. Das hat man ja alles nicht.

*I: Und wie könnte man mehr Zeit schaffen?*

Frau E: mehr Arbeitskräfte (-lacht-)

*I: Was sind Stärken der Pflegequalität?*

Frau E: Na ja, wie soll ich denn sagen. Eigentlich alles. Es ist gut organisiert, gerade auch das sich eben gekümmert wird. Nee, ist eigentlich schon in Ordnung. Aber ich denke schon dass die Heimbewohner zufrieden sind, mit dem was macht, was man machen kann.

*I: Und was sind außer der Zeit noch für Schwächen in der Pflegequalität?*

Frau E: mir fällt nichts ein.

***Anregungen für Qualitätsentwicklung***

*I: Welche Ziele in Bezug auf die Pflege sollen zukünftig erreicht werden?*

Frau E: Das wir mehr auf den Heimbewohner eingehen können. Gerade eben mehr beschäftigen. Im Moment geht's, da hat man ja die viele 1-Euro-Jobber, die können dann mit den Leuten mal rausgehen. Die jetzt überhaupt keine Besuch mehr kriegen, dass man sich mit denen mehr beschäftigen kann. Oder gerade wenn keine Beschäftigung ist, dass man mal ein paar Spiele machen kann. Das sie sich wirklich irgendwas nehmen könnten, wo sie sich beschäftigen, denn die meisten sitzen ja nur da. Die verlernen das ja dann auch also die wollen dann auch nicht mehr, wenn man zu denen mal hinget und sagt, „... wir gucken uns mal das an, oder wie spielen mal ...“. Das wollen die dann gar nicht mehr.

*I: Und könne sie die noch überzeugen oder animieren?*

Frau E: Schlecht. Also man, gut mit dem rausgehen, das würde vielleicht noch werden, aber Spiele machen oder so, die blocken ja gleich ab. Da gibt's ein paar einzelne, die das gerne machen, und manche die wollen das nicht, die wollen in Ruhe gelassen werden, obwohl die ja auch nur, die sitzen ja nur da. Das ist schon traurig. Man gibt sich schon Mühe und man tut ja auch viel fragen.

*I: Was sollte sich noch in Zukunft ändern, bezüglich Struktur und Organisation im Haus?*

Frau E: Hm, fällt mir jetzt nicht ein. (-lacht-)

*I: Gut dann bedanke ich mich und dass war's schon.*

**Interview Nr. 11: I (Interviewer), Frau D (interviewte Mitarbeiterin)*****Berufsbiographische Angaben***

*I: Zunächst habe ich ein paar Fragen zu Ihrer Person und Ihrem Beruf.*

*I: Wie alt sind Sie?*

Frau D: Ich bin 54.

*I: Wie sind Sie zu diesem Beruf gekommen?*

Frau D: Also meine Ausbildung ist als Krankenschwester normal im Krankenhaus. Habe auch eigentlich mein ganzes Leben im Krankenhaus gearbeitet bis 1999. Im Dezember wurde unser Haus, das Krankenhaus in B. geschlossen. Und da sind also alle arbeitslos geworden. Das ist ein kleines konfessionelles Haus gewesen. Nun ja, dann waren wir alle auf Arbeitssuche und durch wirklich komische Umstände bin ich nach M. geraten. Also eigentlich durch einen Besuch, muss ich mal so sagen. Ich hab jemanden besucht und bin eigentlich angesprochen worden, weil dort jemand gesucht wurde. Dann hab ich überlegt, das ist alles so weit und konnte mich nicht so richtig entschließen. Aber ich habe nach der Entlassung dann habe ich immer in befristeten Arbeitsverhältnissen gearbeitet und das war ja eigentlich auch nicht so schön. Und das ist eigentlich der Grund, dass ich dahin gegangen bin und mit Option hier nach R. Das ist auch noch weit, aber nicht mehr so weit, wie M. Also ich fahre schon 100 Km am Tag.

*I: Sie kommen aus B.?*

Frau D: Ich komme aus B.. Und fahre dann selber diese Strecke täglich. Das ist schon Wahnsinn. Tja so ist das jetzt gewachsen. Hab halt in M. angefangen und dann ist mir ja dort ein Wohnbereich angeboten worden. Und ich wurde gefragt, ob ich das nicht machen möchte. Ich hatte gar keine Alternative, entweder ich mach's oder. Na ja ich hab's dann eben gemacht und ich muss sagen, ich mach das eigentlich auch gerne. Und konnte eigentlich auch die ganze Zeit Weiterbildungen besuchen, konnte meinen Wohnbereichsleiter-Abschluss machen und ich hab so eine gerontopsychiatrische Fachausbildung so berufsbegleitend gemacht. Und ich bin eigentlich sehr froh darüber, dass ich das machen durfte. Ja und bin jetzt WBL in dem gerontopsychiatrischen Wohnbereich.

*I: Welche Entscheidung führte dazu diesen Beruf auszuüben?*

Frau D: Jetzt von der Krankenschwester?

*I: Ja und auch von der Altenpflege.*

Frau D: Altenpfleger, muss ich mal sagen, bin ich eigentlich reingedrängt worden. Eigentlich aus einer Notlage heraus. Ich hatte vorher noch nie, ja im Krankenhaus hatten wir schon mit alten Menschen zu tun, aber nicht so. Denn wir sind auf Krankheitsbilder mehr spezialisiert, denn die Krankheit wird behandelt, der Mensch steht auch mit im Mittelpunkt, aber es kommt auf die Tätigkeiten drauf an. Ob man in der Wachstation ist, oder wo man Operierte hat, wo es um die Sache geht, ist das schon nicht so, wie jetzt hier im Pflegeheim, wo der Mensch mit seinen ganzen Krankheiten und Auffälligkeiten im Vordergrund steht. Wo es wichtig ist, überhaupt erst mal ..., ja man muss über jeden Heimbewohner viel wissen, von der Biographie her. Wie geh ich es an, wie komme ich am besten mit ihm klar. Und dass man bei ihm jetzt, sage ich mal, die meiste oder ihn im Gleichgewicht hält. Zu mindestens sollte man es versuchen. Und ja, eigentlich dazu



gebracht wurde ich aus dieser Notlage heraus. Ich hatte diese, sage ich mal, diese Chance und hab sie eigentlich genutzt. So sehe ich das jetzt.

***Fragen zur Bedeutung des Qualitätsmanagements und den Zielen der Arbeit: Stellenwert und Ziele der Arbeit***

*I: Was ist Ihnen als Person in ihrer Arbeit wichtig?*

Frau D: Also erst mal, dass ich ... Für mich ist es wichtig, sage ich mal, dass ich mir als Person, ja dass ich mir das Wissen aneigne in den Weiterbildungen. Dass ich meine Arbeit korrekt ausführe, nach meinem Wissen. (-überlegt, Pause-) Was kann ich dazu noch sagen? Also sage ich mal, ich als Person, ich muss also bestimmte, sage ich mal, psychische und physische Anlagen eigentlich mitbringen. Von Haus aus. Die sollten bei jedem Mitarbeiter, sage ich mal vorhanden sein, wenn man jetzt in einem Pflegeheim arbeitet. Man muss also psychisch belastbar sein, physisch belastbar sein und ein gewisses, ja viel Einfühlungsvermögen für den Menschen mitbringen, den man pflegt, mit dem man Umgang hat. Es gibt eben Situationen, da muss man einfach, ja, man kann's nicht beschreiben, sich einfühlen können. Und dass, denke ich mal, gewisse Sachen muss man einfach mitbringen. Es gibt Dinge, die kann man vielleicht nicht so ..., man kann viel lernen ja, aber eine gewisse Einfühlung oder ein Gefühl für die Sache überhaupt oder ein Gefühl für Situationen, ich denke das sind Dinge, die man eigentlich mitbringen sollte. Der Mensch also der Angestellte sollte eigentlich geeignet sein, für die Tätigkeit. Sage ich jetzt mal so grob.

*I: Was ist das Ziel ihrer Arbeit als Pflegekraft oder als WBL?*

Frau D: Eigentlich, sage ich mal so, dass ich den Bewohner erreiche. Das ich, das er zufrieden ist. Ja, das er zufrieden ist. Das die Mitarbeiter, es geht auch um die Mitarbeiter eigentlich. Das ich die Mitarbeiter, sage ich mal, das ich für mich eine Arbeitsstil oder einen Umgangsstil habe. Das ich eben, eigentlich bin ich ja für beide da, ich bin für den Mitarbeiter da, ich bin für die Heimbewohner da. Ich muss also, ich sollte eigentlich, sage ich mal Mutter für beide sein (-lacht-). Und das ist nicht so ganz einfach. Bei den Heimbewohnern, muss ich sagen, das fällt mir absolut nicht schwer, da habe ich kein Problem damit. Aber bei den Mitarbeitern ist das schon ein bisschen, wie sage ich's na Problem kann ich auch nicht sagen. Ich kann mich nicht so sehr beschweren. Ja aber man muss schon für die Probleme der Mitarbeiter auch ein offenes Ohr haben. Und noch mal nachfragen, wie geht's, nicht bloß immer schimpfen und eigentlich auch loben und ja. Man muss da eigentlich genauso viel Einfühlungsvermögen, sage ich mal, haben. Eigentlich genauso. Ich muss den Mitarbeiter pflegen, sollte ich eigentlich auch pflegen. Also einen gewissen Anreiz oder ne Motivation geben, dass der Mitarbeiter, ja auch gerne kommt und gerne seine Arbeit macht. Das eben ein gutes, sage mal, Mitarbeiterklima, das ist mir auch ganz wichtig, man ein gutes Mitarbeiterklima hat.

*I: Woran machen Sie Qualität in der Pflege und Betreuung fest?*

Frau D: Also ich würde sagen erst mal ist es wichtig, dass die Mitarbeiter auch eine gute Ausbildung haben. Und wenn man eine gute Ausbildung hat, die nötige Einstellung zur Arbeit und dass man seine Arbeit eigentlich auch gerne macht. Man sollte die Arbeit, die man tut eigentlich auch gerne machen, man sollte gerne auf Arbeit kommen. Und ich denke mal irgendwo geht es schon bei der Einstellung los. Wenn man jetzt Mitarbeiter einstellt, die sage ich mal jetzt so, die ähnliche Eigenschaften haben, dann versteht man

sich besser, die lassen sich besser händeln und es ein besseres ineinander übergehen. Und wenn die Mitarbeiter sich gut verstehen, ist eine gute Arbeitsatmosphäre und das widerspiegelt sich auch auf den Heimbewohner. Dann herrscht ne ruhige Arbeitsatmosphäre und das ist ja überhaupt ganz wichtig, dass man selber jetzt nicht in Hektik verfällt. Wenn die Heimbewohner in Hektik verfallen, oder es gibt mal irgendwelche Aggressionen, dass man als Mitarbeiter die Situation beherrscht und wieder entflechtet und aber auch gleichzeitig eine Ruhe ausstrahlt. Oder die Situation wieder so entflechtet, dass wieder Ruhe einziehen kann. Und Zufriedenheit, das es da keine Aggressionen gibt, das ist mir eigentlich wichtig. Wissen, eigentlich ja, das gesamte ist wichtig, das man auch den Mitarbeiter, dass sich alle weiterbilden, sich Wissen aneignen um mit bestimmten Situationen fertig zu werden. Oder auch diese, wie die einzelnen Heimbewohner zu händeln sind und wie man die anfasst, damit sie nicht unruhig werden. Damit man Zufriedenheit schafft.

### ***Anzeichen von Qualität***

*I: Was macht eine gute Pflege und Betreuung aus?*

Frau D: Na eigentlich fast das gleiche. Ne gute Pflege kann ich nur mit einem gewissen Maß an Wissen machen. Und dieses Wissen in der Praxis eigentlich umsetzen. Also Wissen ist unwahrscheinlich, ohne Wissen geht gar nichts, sage ich jetzt mal so. Für mich war das unheimlich wichtig, dass ich mir dieses Wissen aneignen konnte. Das hätte ich im Krankenhaus, also wenn ich ohne diese Weiterbildung einfach so losgelassen wäre, ich glaube und denke manchmal wäre ich vielleicht doch nicht in manchen Situationen jetzt von Mitarbeiter gewachsen gewesen. Situationen, bei ich sage mal es gibt ja nicht alles Friede, Freude, Eierkuchen sondern es gibt ja schon Mitarbeiter, die doch ganz schön fordernd sind, auch mitunter frech. Und um jetzt aus dieser Situation die zu lenken, dass das eigentlich nicht so und sich eigentlich mal Gedanken macht um sich selber und ja und alles solche Dinge. Ja das man untereinander im Team sage ich mal viel redet über Bewohner, dass man sich austauscht über Bewohner. Dass man sich; ja wir schreiben ja sowieso die Pflegeplanung; das die Planung, das das alles gut abgestimmt ist, das alles drin steht: die Verhaltensweisen vom Bewohner und auch was man dann dagegen tun kann. Damit sich dann auch ein besseres Verständnis vom Pflegepersonal für den Bewohner entwickelt. Also der Austausch ist wichtig, Wissen ist wichtig und dann einfach das Wissen umsetzen. Und auch das der Mitarbeiter immer irgendwie ruhig bleibt. Jetzt sich nicht selber mit in Aggressivität verfällt und laut wird. Aber das hängt wieder mit den Anlagen zusammen, die der Mitarbeiter mitbringen sollte, von Haus aus.

### ***Fragen zu Situationen und Verhaltensweisen von Personen an denen Qualität sichtbar wird: Beschreibung positiver critical Incidents***

*I: Welche typischen (auffallenden) Situationen aus dem Arbeitsalltag der letzten Tage sind Ihnen besonders in Erinnerung geblieben? Beschreiben Sie eine Situation wo sie denken, dass etwas gut geklappt hat zwischen Ihnen und einem Bewohner oder einem Mitarbeiter und einem Bewohner?*

Frau D: Oh das ist ganz schwer (-lacht-). Ja zwischen dem Bewohner schon eher. Da gibt es ja öfters mal solche Situationen, dass man ... Wir haben oben eine ganz demente Heimbewohnerin, die lässt sich aber sehr gut händeln. Also da staunt man eigentlich manchmal, was sie noch kann, muss ich mal sagen. Man denkt immer man macht

eigentlich manchmal viel zu viel und weil es eigentlich, sage ich mal so, schneller geht. Anstatt sich die Zeit zu nehmen und das die Bewohnerin selber machen zu lassen. Und heute hatte ich eine Schülerin da und da habe ich das eigentlich so gemacht, muss ich mal sagen. Und hab mich daneben hingestellt und habe aber die Handlungen gesagt, die zu tun sind und das hat alles geklappt (-lacht-). Und das würde eigentlich auch, na ja eigentlich würde es auch so jeden Tag gehen, muss ich mal so sagen. Man muss sich nur die Zeit nehmen. Und ja zu Mitarbeiter, das es manchmal auch Mitarbeiter gibt, die sagen hier „soll ich dir mal den Dienst abnehmen, du arbeitest schon den ganzen Monat am Wochenende. Ich nehme dir mal den Dienst ab.“ Das gibt's. Das sind Sachen, wo ich dann sage, „ja da bin ich nicht böse“.

*I: Die Situation mit der Bewohnerin, was war das Ergebnis als Sie die sich haben selber machen lassen?*

Frau D: Ja, das es, es dauert zwar sehr lange. Aber ich denke mal man schafft da so ein bisschen ein kleines Erfolgserlebnis bei dem Menschen. Ja dass sie noch doch was können. Und erst mal entsteht eine gute Kommunikation zwischen mir dann und der Bewohnerin. Und das gibt eigentlich, sage ich mal, ich hatte ein bisschen Zeit, es gibt dann ich bin zufrieden, die Bewohnerin ist zufrieden und mehr kann man eigentlich nicht erreichen.

### ***Beschreibung negativer critical Incidents***

*I: Erinnern Sie sich an schwierige Situationen die für Sie belastend waren, wo etwas nicht so abgelaufen ist, wie Sie es sich vorgestellt haben.*

Frau D: Ja das sind zum Beispiel Situationen, da haben wir eine Bewohnerin, wenn wir die jetzt mittags ins Bett schaffen und so weiter. Und dann kommen Sie nachmittags, ist also ne Schlaganfall-Patientin, die setzen wir in Rollstuhl, zur Mittagsruhe schaffen wir sie ins Bett und nachmittags holen wir sie wieder raus, halb drei, ist sie dann halt mit Kot beschmiert von oben bis unten. Und das sind dann die Situationen. Sie merkt das, sie sagt dann „Oh“, da sagt sie dann immer eigenartigerweise „... nicht war, das ist nicht schön, schimpfen sie jetzt mit mir?“ Sagt sie dann. Sie ist noch nicht lange bei uns. Sie ist umgezogen von einem anderen Pflegeheim. Und ich denke mal das hat sie dort genauso gemacht. Da sagen wir dann „Nee ich schimpfe nicht mit ihnen, aber schön ist es nicht. Ich mach sie jetzt sauber und dann ist die Sache wieder in Ordnung.“ „Und das nächste mal, lassen sie das mal Frau X.“ „Ja ich mach das nicht mehr...“ Aber es ist permanent und immer in der Mittagsruhe. Und zur Nacht haben wir dann so einen Anzug, den wir ihr dann anziehen. Und das ist eigentlich fast immer muss ich sagen. In der Mittagsruhe wollen wir sie aber nicht in so 'nen Anzug stecken. Und das ist dann so ne Situation, die nicht so schön ist. Eigentlich müssten wir sie gleich unter die Dusche fahren, würde ich sagen. Und dann von oben bis unten, wir können ja alles ... Und das sind dann Situationen, wo man eben viel Zeit braucht. Sind nicht eingeplant, wo einer ne halbe Stunde wirklich weg ist und beschäftigt. Und das wir nur zu zweit sind, ist der andere alleine und der muss dann die anderen Situationen bewältigen.

*I: Was war das Ergebnis dieser Situation durch Ihr Verhalten?*

Frau D: Ja ich denke mal es ist eigentlich sehr ... Die hat schon ihre Demenz. Und sie weiß schon eigentlich irgendwo, dass es nicht richtig ist und dass sie es eigentlich nicht tun soll. Aber aus welchem Grund sie das dann tut, ich denke mal schon die Pampers wird sie irgendwie stören, oder sie stört sie. Und vielleicht versucht sie es selber weg zu

machen. Sie klingelt aber auch nicht, weil sie es ich denke mal schon irgendwo nicht in die Reihe kriegt. Aber das ist ja ne kurze Zeitspanne von Mittags von viertel eins bis um zwei, halb drei, wo sie das macht. Ja gut es ist nicht permanent, kann man nicht sagen, aber es kommt wiederholt vor.

*I: Und wie verhalten Sie sich in der Situation ihr gegenüber?*

Frau D: Normal. Eigentlich genauso, wie wenn es jetzt nichts wäre. Ich sage zwar „Frau X, das ist aber nicht schön, das müssen wir jetzt wieder sauber machen. „Das ist nicht so ganz so schön, das ist auch für uns nicht schön.“ „Und für sie ist es ja auch nicht schön, wenn sie das so machen.“ „Und wir müssen das aber jetzt sauber machen, wir müssen sie umziehen und dann kommen sie mit vor.“ Das ist es eigentlich. Ja sie sagt dann selber es ist nicht schön „... schimpfen Sie mit mir?“ Ich sag dann immer „warum sollen wir den schimpfen ...“ Es bringt ja eh nichts, muss ich mal so sagen. Im Gegenteil, sie kann dann, weil man weiß ja nicht wie sie noch so beschaffen sind, wie sie mit Angehörigen reden. Es bringt doch nichts, wir können doch jetzt nicht ... Es ist die Situation, mit der wir eigentlich fertig werden müssen, das ist ihr Problem. Deswegen ist sie eigentlich auch im Pflegeheim. Und eigentlich lerne, groß lernen, wie eigentlich im Sinne wie Kinder noch was lernen, ist ja eigentlich nicht mehr da. Denn es hilft ihr nicht und ich denke mal uns auch nicht, nee Belehrungen, das bringt nichts, überhaupt nicht. Hab ich die Erfahrung gemacht. Das man groß mit Belehrungen hier nicht weiterkommt. Weil es sind häufig die Situation, die sich ergeben, die kommen immer wieder mal vor. Und die wissen eigentlich nicht, dass sie gewisse Dinge eigentlich nicht tun sollten. Denke ich mal, das ist eigentlich nicht mehr da, weil der geistige Abbau bei den meisten, der ist so fortgeschritten. Besonders auch bei uns im Wohnbereich. Das wir die Situation eigentlich so beherrschen, das wir sie einfach sauber machen und sagen „es ist zwar nicht schön, was sie da machen ...“, aber wir müssen damit fertig werden.

### ***Fragen zur Qualität in der Einrichtung: Einschätzung der Pflegequalität in der Einrichtung***

*I: Wie beurteilen Sie die Qualität der Pflege in dieser Einrichtung?*

Frau D: Also ich würde denken, das wir eigentlich eine gute Qualität haben. Das jeder Mitarbeiter die nötige Qualität, die wir eigentlich brauchen, mit der wir ja ... Jeder muss ne Qualitätsarbeit leisten. Und ich denke auch, dass das alle Mitarbeiter eigentlich so weit, das das in Ordnung ist.

*I: Nennen Sie diesbezüglich Stärken in der Pflegequalität.*

Frau D: Ich würde sagen die Stärken: das Eingehen auf den Heimbewohner würde ich sagen. Das ist eigentlich unsere größte Stärke. Ich kann jetzt nur von mir und meinem Wohnbereich sprechen. Das der Umgang mit dem Heimbewohner, das richtige Handeln mit dem Heimbewohner, das wir immer, sage ich mal die nötige Ruhe bewahren und wir auch, so die Mitarbeiter untereinander sich gut austauschen oder sich auch mal, sage ich mal Luft ablassen. Das ist auch wichtig. Das wir uns, sage ich mal in den Räumen, in denen wir unter uns sind, das wir dort mal Luft ablassen (-lacht-) und schimpfen. Und aber sage ich mal zu dem Heimbewohner, dort sollte man, muss man, müssen wir die Situation beherrschen. Also zu mindestens kann ich jetzt so von mir sagen. Ja möchte ich mal so von mir sagen. Dass das alle Mitarbeiter so beherrschen, würde ich jetzt nicht so

sagen. Aber ich muss schon sagen, ich beherrsche die Situation schon. Und komm damit eigentlich auch klar.

*I: Und was würden Sie als Schwäche sehen, was verbesserungswürdig wäre?*

Frau D: Na ja Schwächen seitens der Mitarbeiter, dass schon so manche Situationen nicht so beherrschen. Aber ich denke mal, dort muss jeder an sich arbeiten. Dort fehlt, ich weiß auch nicht, ich kann es auch nicht so genau sagen, ob die Bereitschaft dazu fehlt sich einfach damit zu beschäftigen. Sei es sage ich mal mit Wissen, wir haben ja hier Weiterbildungen. Eigentlich wird allen Mitarbeitern alles sage ich mal, präsentiert. Oder es ist jetzt vom eigenen Vermögen, das der Mitarbeiter jetzt dieses Aushalten der Verhaltensweisen der Heimbewohner. Na da ist vielleicht von der Grundstruktur der Mitarbeiter, das man da vielleicht, das nicht so gegeben ist. Ich meine man kann Weiterbildungen anbieten noch und nöcher, was nützt das, wenn es die Mitarbeiter nicht verstehen. Sage ich mal so grob jetzt.

*I: Ich verstehe was Sie meinen, es sind ja die Persönlichkeitseigenschaften, auf die es ankommt...*

Frau D: Ja, ja und es fängt eigentlich schon bei einer Einstellung an. Klar kann man jetzt einen Fehlgriff machen bei den Einstellungen, muss ich mal so sagen. Aber es ist schon ganz wichtig, dass man jetzt Mitarbeiter hat, die bereit sind, die von ihrer Anlage her, sage ich mal ruhig sind, viel aushalten und sich auch mit Wissen beschäftigen. Sich weiterbilden wollen. Und dort ist, na ja sage ich jetzt mal so, gibt's schon noch Defizite. So sehe ich das. Und in der Bereitschaft ...

*I: Und wie kann man so was ändern?*

Frau D: Hm (-lacht-). Ähm, ja vereinzelte Mitarbeiter habe ich schon, muss ich schon sagen, da steht mir schon manchmal ganz schön die Kante (-lacht und zeigt mit der Hand bis zum Hals-). Wo es nicht so sein sollte. Ja, wie kann man so was ändern? Ja bei befristeten Arbeitsverträgen sage ich mal ist das jetzt kein Problem das zu ändern. Und auch seitens der Leitung her. Aber wenn wir jetzt eben einen festen Arbeitsvertrag haben, dann haben wir alle ein Problem. Dann haben die Heimbewohner das Problem, ich hab das Problem und der Mitarbeiter selber auch, weil er sein Problem ja gar nicht erkennt. Eigentlich am falschen Platz ist. Sage ich mal jetzt und lieber irgendwo in der Kohlengrube arbeiten sollte (-lacht-), sage ich jetzt mal so grob.

### **Anregungen für Qualitätsentwicklung**

*I: Welche Ziele in Bezug auf die Pflege sollen zukünftig erreicht werden?*

Frau D: Eigentlich bin ich schon zufrieden, wenn wir den Stand so halten. Ja Ziele, das ist jetzt so groß formuliert muss ich mal so sagen. Also die Ziele, die wir in den Pflegeplanungen jetzt für jeden Bewohner so stehen haben, da bin ich eigentlich zufrieden, wenn wir die so in kleinen Schritten erreichen. Und wenn das so die Mitarbeiter auch alle so mitgehen. Und wenn dann die Pflegeplanung auch immer wieder erarbeitet wird und wir besprechen das auch immer wieder. Und dass man lieber kleine Ziele nimmt, nicht immer gleich so große Ziele und die erreicht man dann sowieso nicht. Und dass man sich, also wir besprechen dann schon bei verschiedenen Dingen, so Problemen bei Heimbewohnern, das wir das in kleine Schritten erreichen. Es ist natürlich so, die Pflegeplanung ist ja eigentlich aufgeteilt, also jeder Mitarbeiter hat seine Pflegeplanung, bestimmt für seine Bewohner.

Und dort wo es Probleme gibt, sage ich mal, das bespricht man dann in der Teambesprechung. Aber eigentlich reicht die Zeit in den Teambesprechungen auch wieder nicht aus. Eigentlich müsste man da, sage ich mal von mir aus, man müsste es dreimal im Monat müsste man sich mindestens eine Stunde zusammen hinsetzen mit Mitarbeitern wo man Probleme durch spricht. Tja aber wenn ich jetzt sage, sie sollen alle mal kommen, was denken Sie was dann los ist. Weil es erst mal in der Freizeit ist. Und wenn man einmal in Monat Teambesprechung hat, da kann man so gut wie gar nichts erledigen. Weil da kommt die PDL hat irgendwas, dann kommt die HL und hat irgendwas und dann ist die Zeit rum. Und dann kann man das nur mal so kurz bei der Übergabe machen, das man sich kurz mal so abspricht. „Wir machen gewisse Dinge so und so ...“ und die Zeit reicht eigentlich vorne und hinten nicht. Muss man so sagen. Nee eigentlich wie gesagt, es ist alles Freizeit, was wir ... Das geht schon mal mir los die ganze Pflegeplanung muss in der Freizeit gemacht ... schreiben die Mitarbeiter in der Freizeit. Die ganze Planung mach ich in der Freizeit, die Dienstplanung mach ich in der Freizeit und was ich auch so in meiner Dienstplanung, was ich auch denke, sollte sein, was ich auch jedem Mitarbeiter zugestehe, wenn der Mitarbeiter was vor hat, dass er Wünsche hat oder so. Die versuche ich eigentlich auch alle mit in den Dienstplan mit einzuarbeiten. Ich meine, wir machen schon viel in der Freizeit. Irgendwo muss der Mitarbeiter auch mal eine gewisse Anerkennung oder Motivation, weil Motivation gibt's eigentlich fast keine, muss ich mal so sagen. Oder man motiviert sich selber gegenseitig (-lacht-). Und das mache ich ganz einfach so, obwohl es sage ich mal vom Haus aus jetzt nicht gestattet, offiziell nicht gestattet ist. Da werden mir dann so kleine Zettel zugeschoben und dann mache ich das dann. Und das funktioniert ganz gut und das ist das einzige, wo zwischen den Wohnbereichen nicht gequatscht wird (-lacht-). Wo sie halt einfach ruhig sind. Ich weiß jetzt nicht, wie das im anderen Wohnbereich ist. Aber ich mach das ganz einfach. Und das weil ich denke, ich muss dem Mitarbeiter irgendwo motivieren. Jeder hat mal was und wir sind da nicht im Kindergarten, muss ich mal so sagen, dass ich jedem alles vorschreibe. Und wenn ich irgendwo was einrichten kann oder auch der Mitarbeiter hat irgendwas, das getauscht werden kann. Also da gehe ich also voll mit, dass muss sein, denke ich mir mal. Das man das den Mitarbeiter gestattet. Wie hole oder soll ich dann sonst Zufriedenheit, wenn ich schon so reglementiert werde, muss ich mal so sagen. Es gibt gewisse Vorgaben vom Haus aus, die vorgegeben sind, wo da verschiedene Dinge oder beziehungsweise fast alle Dinge im Wohnbereich gleich gemacht werden. So das es, es gibt so arbeitsmäßig keine Unterschiede zwischen den Wohnbereichen. Aber ich bin der Meinung wir haben zum Beispiel ganz andere Heimbewohner, als in dem unteren Wohnbereich, die sind viel dementer. Also muss ich meine Einteilung der Mitarbeiter auch einstellen können auf die Arbeit und die Bewohner in meinem Wohnbereich. Aber alles ist gleich gehalten und ich kann mich nicht frei in meiner Arbeitsweise bewegen, weil das reglementiert wird von der PDL und ich kann da nichts machen. Das sind sozusagen aber meine Diskrepanzen mit der PDL. Da Fragen Sie mich, warum ist das so, weil weiß ich nicht. Weil er vielleicht Streit aus dem Weg gegen will. Ich denke mal schon, meiner Ansicht nach ist das so. Wenn ich jetzt zum Beispiel sage, ich plane aus bestimmten Gründen mal eine Mitarbeiter mehr, dann wird schon wieder geguckt ja wieso ist dort ... Also man muss sich ständig rechtfertigen, muss man mal so sagen. Obwohl, muss ich mal so sagen, wir haben eine Fachkraft mehr, als der untere Wohnbereich, eben aus dem Grund weil wir mehr gerontopsychiatrische Heimbewohner haben. Und trotzdem darf ich, sag ich mal so, nicht eine Mitarbeiterin, wenn ich

die Kapazitäten jetzt hätte, dürfte ich die nicht mehr eintragen. Das ist für mich ein Problem. Die Mitarbeiter haben alle sehr viel Mehrstunden, aber es ist bedingt durch Krankheit sage ich jetzt mal und durch den Urlaub. Nicht jetzt durch zusätzliches Arbeiten. Und dass, im vergangenen Jahr hatte ich ein bisschen das Problem, dass ich, ich kriege das nicht durch, muss ich mal sagen. Wenn ich sage, ich haben die Kapazität, ich möchte im Spätdienst nicht nur 2 Mitarbeiter sondern einen dritten Mitarbeiter, weil's ganz einfach auch notwendig ist, ich hab die Kapazität und will den jetzt eintragen, da gibt's schon wieder Krieg. Im Wohnbereich im Nachtdienst, da gucken die ja die Dienstpläne an, da werden die Dienstpläne auseinander genommen von den Mitarbeitern, wird genau geguckt und gezählt. Na ja das geht dann bis zur Leitung, zur WBL und die schlägt dann Alarm. Ich würde jetzt von mir aus gewisse Arbeitsgänge ganz anders machen. Ich würde zum Beispiel, bei uns das Medizinsetzen, das macht der Nachtdienst, die Fachkraft vom Nachtdienst für beide Wohnbereiche. Wir haben aber Probleme, es wird vieles falsch gemacht. Es wird falsche Medizin aufgeschrieben, manchmal wird zu viel aufgeschrieben, weil die Ärzte auch bloß gucken und bestimmte Sachen aufschreiben. Und mancher anderer Mitarbeiter aus dem anderen Wohnbereich steht doch nicht so in der Sache. Wir haben natürlich diese Hefte, wo wir die Medizin aufschreiben für die Ärzte, aber ich bin der Meinung es wäre besser, wenn das im Tagdienst gemacht würde, wenn wir die Medizin vor jeder Mahlzeit setzen. Das ist dann auch nicht so viel Medizin. Wenn das die Fachkraft macht, dann ist das meiner Meinung nach in einer viertel Stunde gemacht, sage ich mal. Die Medizin setzen für die Mahlzeit früh, Mittag und abends zum Austeilen. Das ist ein Problem, was ich jetzt da habe, wo ich mich jetzt ärgere, dass ich eigentlich so gewisse Arbeitsabläufe nicht selber gestalten kann mit meinen Mitarbeitern.

*I: Weil es von der Leitung vorgeschrieben wird?*

Frau D: Weil es von der Leitung ... Die Vorgaben gibt's jetzt von der Leitung und so bleibt es im Nachtdienst eben. Das ist ein großes Problem. Also ich denke, viele Fehler könnte man da umschiffen und da würde vieles erst mal gar nicht entstehen, was wir sonst wieder ausbügeln müssen. Wo aber kein Handling ist, zwischen der Leitung jetzt und mir.

*I: Das betrifft die PDL?*

Frau D: Das betrifft jetzt mich und PDL bzw. sind ja auch die Mitarbeiter an mich herangetreten, ob man das jetzt früh so machen könnten, weil ich finde das in der Nacht auch nicht gut, muss ich mal so sagen. Weil es ist viel für 60 Bewohner und wenn das aus unserem Wohnbereich Mitarbeiter machen, ist das dann noch in Ordnung, da klappt das wie gesagt.

*I: Die kennen ja auch ihre Bewohner...*

Frau D: Genau und die kennen die Ärzte. Aber wenn das jetzt speziell Mitarbeiter aus dem anderen Wohnbereich machen, gibt's dann sicherlich Probleme. Das es eben oft nicht so ganz in Ordnung ist. Gewisse Dinge können Sie auch nicht so wissen, weil sie haben ja mit einer Hilfskraft zu tun und die Hilfskraft kann die Informationen nicht so weitergeben, muss ich mal sagen. Wenn jetzt ein Problem beim Setzen auftritt, wo man jetzt mal ne Frage hätte, wo man jetzt mal; aus der Dokumentation geht das, das ist fast alles idiotensicher; aber mancher Mitarbeiter hat dann doch, sage ich mal so eine andere Sichtweise. Wo man jetzt ne Frage hätte. Fragen können dann in der Nacht nicht beantwortet werden.

*I: Sonst könnte man eine andere Fachkraft fragen...*

Frau D: Ja und sagen wir es so, es würde meistens, weil ich vorwiegend Frühdienst mache, würde meistens ich es machen. Ich hätte kein Problem damit. Ja tagsüber, man würde auch vielleicht mehr mit den Ärzten auch tags telefonieren, das ist gegeben, was in der Nacht nicht gegeben ist. Und man kann jetzt, im Frühdienst, Spätdienst, mehr Kommunikation ist da einfach da.

*I: Und der andere Wohnbereich unten, sieht der die Probleme auch?*

Frau D: Nee, eher nicht, überhaupt nicht. Ja, das sind so die Dinge. Ja wie gesagt, von der Planung her, der Dienstplanung würde ich einiges anders händeln wollen, muss ich mal sagen. Und das darf ich nicht. Ich bin eigentlich ganz schön reglementiert. Wir sind auch in der Richtung, wie gesagt reglementiert, das gab's mal Probleme mit dem anderen Wohnbereich mit Wünschen und was, weiß der Kuckuck. Jedenfalls gab's dann eben prompt Wunschbuch weg. Und in der Beziehung habe ich dann eben zu meinen Mitarbeitern gesagt, Wunschbuch ist weg, aber so ich gesteh euch das ein, wenn ihr irgendwelche Wünsche habt und ich kann das noch irgendwie im Dienstplan machen, und es unterbringen, habe ich kein Problem damit. Wir schieben uns jetzt Zettel zu, muss ich ehrlich sagen. Irgendwie muss man ja die Mitarbeiter schon motivieren und das kann nicht sein, das man hier absolut ... die verbieten es. Dann passiert das eben heimlich jetzt. Und das klappt gut (-lacht-)

*I: Was sollte sich noch in Zukunft ändern, bezüglich der Strukturen des Hauses?*

Frau D: Na ja ich würde eben ganz gern mehr Mitarbeiter im Dienst haben wollen, muss ich mal so sagen. Das ist, auf unserem Wohnbereich arbeiten wir ... Wir haben eine 7-Stunden-Kraft, es ist meistens die Fachkraft, die arbeitet 7 Stunden. Eine Hilfskraft 6 Stunden und eine Hilfskraft 4 Stunden. Und das ist einfach zu wenig.

*I: Geht das denn zu machen, von Ihren Kapazitäten, die sie haben?*

Frau D: Also im Moment, sage ich mal, wenn ich jetzt Stunden abbaue, im Moment sieht die Stunden-Situation schlecht aus. Ich hatte aber schon mal besseres. Also im vergangenen Jahr war ich, hatte ich stundenmäßig wesentlich besser, wo ich das hätte machen können. Im Moment ist die Situation ... Also ich hatte mal 4 Kranke im Wohnbereich unter den Mitarbeitern und das ist so, dann bricht fast alles zusammen. Ich sage mal jetzt, das ist ein arbeitspolitisches Problem. Ich denke, wenn ich jetzt als Planer denke, dann der Mitarbeiter ist zum Dienst eingetragen und wird krank, dann zählen die Stunden genauso, als wenn er gearbeitet hätte und ja, das ist ein planerisches Problem, muss man mal so sagen. Würde das jetzt null zählen, hätte ich mehr Mitarbeiter zur Verfügung, würden die Stunden nicht zählen, er ist nicht da, er leistet ja auch keine Arbeit, sage ich mal jetzt als Planer und ich hätte dann ... Wir sind eigentlich nicht grundsätzlich zu wenig Mitarbeiter, aber irgendwie, ja der Urlaub, zählt alles als Arbeitszeit (-lacht-) Wenn es alles nicht als Arbeitszeit zählen würde, wäre das eigentlich wunderbar, also sage ich jetzt mal so. Das ist jetzt ganz krass, jetzt ausgedrückt, ich weiß schon (-lacht-) aber dann würde es ganz gut gehen. Und so bauen sich durch Urlaub und Krankheit Stunden auf. Nicht durchs arbeiten, weil die Mitarbeiter zuviel arbeiten, haben sie viele Stunden sondern indem sie einfach krank sind und Urlaub haben, bauen sie Stunden auf.



*I: Also müsste man quasi auch dort an den Krankmeldungen ansetzen.*

Frau D: Theoretisch ja, wenn sich was ändern sollte, ja. Aber das sind ja Dinge, die kann nun mal nicht das Haus ändern. Das geht nicht, aber so kommen eben Stunden zusammen. Und so haben wir dann, jeder Mitarbeiter viele Stunden und so bauen sich die Stunden auf. Also nicht indem der Mitarbeiter zuviel hintereinander lange arbeitet, viele Wochenenden arbeitet. Die ergeben sich einfach aus Krankheit und Urlaub.

*I: Gut dass war's dann. Ich bedanke mich für die Zeit, die sich genommen haben.*

Frau D: Wenn es Ihnen was nützt.

**Interview Nr. 12: I (Interviewer), Frau P (interviewte Mitarbeiterin)*****Berufsbiographische Angaben***

*I: Zunächst habe ich ein paar Fragen zu Ihrer Person und Ihrem Beruf.*

*I: Wie alt sind Sie?*

Frau P: 56.

*I: Wie sind Sie zu diesem Beruf gekommen?*

Frau P: Also, ich habe 25 Jahre in der Landwirtschaft gearbeitet, und hier den Facharbeiter für Obstbau damals gemacht, da tat ja dann auch alles grieseln und es wurden ja auch immer mehr entlassen. Und da habe ich mich 1991 im Pflegeheim in M. beworben. Und damals war das noch einfacher reinzurutschen. Und da konnte ich dann sofort eigentlich anfangen. Da musste ich nur noch alles übergeben, wo ich früher gearbeitet habe, und habe dann dort gearbeitet. Also im Heim gearbeitet. 17 Jahre werden das jetzt.

*I: Welche Ausbildung haben Sie gemacht?*

Frau P: Ich habe keine Ausbildung gemacht. Ich bin Hilfskraft. Das hat damals.... Es waren schlechte Umstände für mich. Ich hatte.... Mein Sohn, der war tödlich verunglückt, dann lag mein Vati, hier mit Leukämie, zu Hause, und.... Also ich habe viel durch. Und eine behinderte Tochter. Also, ich hätte am Ende den Nerv gar nicht gehabt, nur das Herz war am Ende immer beruhigt. Weil man das immer irgendwie, bisschen der Letzte, obwohl man merkt, merkt das bei den Schwestern nicht. Man hat immer mal ein-zwei Schwestern darunter, die so bisschen, wo man spürt, das ist die Chefin, aber die meisten Schwestern, die sind nett. Da spürt man gar nicht, gelernt oder ungelernt. Ja, man hat sich in den vielen Jahren so vieles angeeignet. Und auch die Liebe, die man hat zu den Bewohnern. Das ist schon ein Grund, weil man früher viel zu Hause auch schon durchgemacht hat. Da hat man schon viel Liebe für die alten Menschen. Sie brauchen das ja auch sehr! Und eben auch die Ausstrahlung, wenn man so Ausstrahlung hat. Wenn man ins Zimmer kommt und man ist gleich früh freundlich... Das ist doch für die Bewohner schön. Da ist der Tag doch schon gelaufen. Sie arbeiten gleich schon ganz anders mit. Als wenn man, so hm....., keine Lust und .... Also ich gehe eigentlich gerne auf Arbeit. Bis, meine Knochen machen nun bald nicht mehr mit. Da falle ich schon jetzt doch öfterer mal aus, aber ungewollt, ..... und ich habe auch immer schwer gearbeitet früher. Aber wenn ich dann sehe, man soll so lange arbeitet... bis 67, das schafft man nicht. Da kann man sich ja selber schon mit ins Bett legen dann..... Na gut, wir wollen ja nicht abschweifen.....

*I: Warum sind Sie in dieser Einrichtung tätig?*

Frau P: Na ja, ich habe dann meistens nicht weit von dem Pflegeheim in M. gewohnt. Und da hat sich das hier für mich angeboten. Ich wollte früher eigentlich schon immer Kindergärtnerin werden. Und da waren aber meine Zensuren nicht so besonders. Da wurden ja damals nur die Besten raus genommen. Das war ja zu DDR-Zeiten so, da durften immer die Besten gehen. Na ja, und da habe ich dann eben meinen Beruf für Obstbau gemacht.

*I: Welche Entscheidung führte dazu diesen Beruf auszuüben?*

Frau P: Ja, weil... Ich bin damals als Pflegekraft eingestellt worden und das hat mir eigentlich auch Spaß gemacht. Also ich wollte gar nichts anderes mehr machen. Das ist wirklich eine schöne Aufgabe, den Menschen zu helfen. Und wenn die immer sagen: „Ach,

in der Altenpflege, das könnte ich nicht!“..... Wenn die auch einkackern und so und sind dann wieder sauber und frisch und fühlen sich wohl, dann fühlt man sich auch wohl. Oder wenn die jede Woche gebadet werden oder so, dann freut man sich doch selber, wenn die gepflegt aussehen. Das ist doch ein schönes Arbeiten!!! Wenn die Menschen alles so sauber sind, die Bewohner. Früher haben wir jede Woche gebadet, jetzt schaffen wir bloß noch aller 14 Tage. Weil wir eben doch begrenzt sind, in der Stundenzzeit. Na ja, das ist alles.... Denn der Druck ist mehr. Früher war es schon schöner!!! Da hatte man nicht so den Druck. Da konnte man sich mehr Zeit lassen, mit den Bewohnern. In der kurzen Zeit, nachmittags zu zweit. Gut, die essen halb sechs Abendbrot und um sechs fangen wir an, dann alle Leute ... in die Betten... Ich habe dann um acht Feierabend. Das ist einfach zu kurz. Da kann man eben auch nicht so die Liebe. Die Liebe gibt man, aber alles so ganz fix. Viele sagen dann, warum führen sie nicht mal mit mir ein Gespräch. Man sagt dann eigentlich, man hat keine Zeit. Das soll man eigentlich nicht sagen, es ist ja wirklich so und es wird auch immer schlimmer. Es wird nicht mehr besser. Die Kassen sind leer und es wird noch problematischer.

*I: Und was machen Sie wenn die jetzt Bewohner noch nicht ... Also die müssen doch noch nicht gleich ins Bett?*

Frau P: Doch. Wir müssen dann anfangen, die Bewohner ins Bett zu schaffen.

*I: Und wenn die noch gar nicht schlafen wollen?*

Frau P: Wenn jetzt wirklich mal welche nicht schlafen können, dann können sie aufbleiben, dann macht es der Nachtdienst. Wir machen sie aber fertig, ziehen dann einen Morgenmantel an und dann können sie noch fernschauen. Aber Fertigmachen müssen wir sie, weil die Nachtschwester hat ja dann auch volles Programm.

*I: Die ist für beide Wohnbereiche zuständig.*

Frau P: Ja, es sind immer zwei Schwestern, eine Gelernte und eine Ungelernte. Die Ungelernte hat dann das ganze Putzprogramm. Na ja da liegt ja jeden Tag etwas anderes an und wenn sie Medizin setzen muss, oben oder unten, habe ich dann das Handy, damit ich danach hochgehen und die ganzen Kontrollgänge mache, wenn's klingelt und zum Teil dann auch putzen.

*I: Was heißt denn putzen?*

Frau P: Also hier „Saubermachen“.

*I: Also in den Räumen?*

Frau P: Ja, da gibt es die Bewohnerbäder, die Fäkalienräume, die Nachtstühle, die Rollstühle, die Rollatoren. Da ist jeden Tag mal etwas anderes dran. Da hat man auch volles Programm. Dann die Windelrunden. Da haben wir bestimmte Zeiten, wo wir müssen die Bewohner lagern, windeln, dann sind die Sonden zu spülen. Denn weil die meisten bis abends halb/ um zehn laufen. Also es gibt schon ein volles Programm.

***Fragen zur Bedeutung des Qualitätsmanagements und den Zielen der Arbeit: Stellenwert und Ziele der Arbeit***

*I): Was ist Ihnen als Person in ihrer Arbeit wichtig?*

Frau P: Ach, also Person, dass ich den alten Menschen helfen kann. Das ist mir wichtig. Also ich muss mich zwar auch, an meine Gesundheit auch denken. Man darf nicht nur den alten Menschen sehen, ich muss mich ja selber auch schützen aber man lernt das über die vielen Jahren sich selbst zu schützen und hier die Stellungen und was man so alles beachten muss. Das lernt man.

*I: Durch abkucken oder wie lernt man das?*

Frau P: Also wir waren zu vielen Lehrgängen und wir haben früher viele Lehrgänge gehabt. Bobath, rückschonendes Arbeiten ... wir haben so vieles gelernt. Aber jetzt sind eben nicht mehr die Gelder so da. Da kommt mal ein Lehrer hier ins Haus. Damals konnte man eine ganze Woche nach S. fahren und das war schon schön. Basale Stimulation ist so etwas aber dafür ist gar keine Zeit mehr.

*I: Das was sie damals gelernt haben, wenden Sie es heute noch an?*

Frau P: Ja, Bobath ja aber Basale Stimulation schafft man nicht, dafür ist keine Zeit mehr. Da müssen alle dahinter stehen und da muss jeder mitmachen oder vielleicht zwei, drei, die wir haben. Wir versuchen schon nicht viele Nachtmedizin einzusetzen, aber bei manchen da wäre es schon angebracht, Basale Stimulation. Aber da ist die Zeit nicht. Manchmal hat man es schon aufgegeben und man hat es doch geschafft. Man hatte dann wirklich Erfolge. Dann müssen aber alle dahinter stehen oder zwei, drei. Die spüren das dann schon wenn man dann kommt und macht dann den ganzen Körper. Und das hat dann wirklich Erfolg gehabt. Aber dafür ist eben gar keine Zeit mehr.

*I: Was ist das Ziel ihrer Arbeit als Pflegekraft?*

Frau P: Hach, sie stellen Fragen! Na ja das erziele ich, das es den Menschen, den Bewohnern noch besser geht, aber ob wir es erreichen durch meine Pflege schon, durch die Liebe, da kann man schon viel erreichen und Umgang mit den Bewohnern. Wie man sich gibt, also ich denke das ist das „A und O“. Gut, man soll nicht die ganze Liebe geben man hat ja auch eine Familie, aber irgendwie drückt man sie, und das ist schon ein schönes die sind einem ans Herz gewachsen. Na ja und eben auch, die Gestaltung der Zimmer, das sie sich wohlfühlen und das man auf die Wünsche eingeht, die sie haben und man versucht es schon wenn es auch mal eine Kleinigkeit ist, wie einer der braucht immer seine Fernsehzeitung, die hat er nicht, da bringe ich von zu Hause eine Fernsehzeitung mit oder so kleine Sachen worüber sie sich freuen. Dann habe ich eine Bewohnerin die legt immer die Netzhosen nach Farben, da bringt man eben eine Tafel Schokolade mit, dann haben sie eben auch Freude dran an der Arbeit, man soll ja die Bewohner mit einbeziehen in die Arbeit. Oder oben die im Küchenservice geben Näpfchen zum abtrocknen, Besteck zum polieren. Das sind so kleine Sachen, die sie mitmachen können, oder Blumen gießen. Ich sage dann immer zu den Angehörigen, bringen sie ne kleine Gießkanne mit und versorge dann auch mal ein paar Grünpflanzen, dass sie eine Aufgabe haben. Damit sie an die Aufgabe herangezogen werden.

*I: Woran machen Sie Qualität in der Pflege und Betreuung fest?*

Frau P: Woran ich Qualität mache?

*I: ... festmachen, ja.*

Frau P: Sie stellen Fragen! (-lacht-) Ja, Qualität ist ordentlich arbeiten. Früh, wenn ich jetzt an den Bewohner gehe und meine ordentliche Arbeit mache! Man hat das ja auch gelernt, die Ganzkörperwaschung, wie man anfängt, mit dem Mund zuerst, Zähne rein, da denke ich, dass man Qualität macht. Und dann, wenn man dann fertig ist, zu Trinken reichen, dass die dann gleich erst mal was zu trinken haben, und eben alles mit Liebe und ruhig mit den Menschen umgehen, den nicht anschreien, und auch jeden Vorgang erzählen, was ich jetzt mache. Nicht einfach rum und num, dann sag ich eben, jetzt drehen wir Sie auf die Seite oder die Seite, man soll ja auch immer noch Bewegungsübungen machen, an den Armen und an den Beinen, aber manchmal schafft man's nicht. Die Frau Doktor sagt immer Bewegung üben, aber meistens ist eben dann gar nicht die Zeit da. Aber durch die Ganzkörperwaschung werden sie früh schon ganz schön mobilisiert. Wir versuchen auch, alle immer aus den Betten raus zunehmen, also keinen in den Betten zu lassen. Wenn sie auch noch so schwer sind, wir nehmen sie raus in den Rollstuhl. Bis Mittag, dann ist Mittagsruhe, und dann nachmittags wieder raus. Und dann eben abends wieder rein.

### ***Anzeichen von Qualität***

*I: Was macht eine gute Pflege und Betreuung aus?*

Frau P: Man spürt es an den Bewohnern. Eben wenn sie gut versorgt wenn, dann geben sie einem auch Liebe zurück. Sie sind nicht böse, man hat immer guten Kontakt mit den Bewohnern. Wie man sich gibt, so geben sie sich auch zurück. Also wir haben eigentlich ein paar wenige Bewohner, mit denen man nicht klar kommt, aber das ist eben immer ein Kontakt. Zu manchen Menschen hat man nicht so einen guten Kontakt wie zu den anderen, aber wie die anderen, wenn eine andere Pflegekraft sagt, mit der komme ich überhaupt nicht klar, sage ich wieder, ich habe überhaupt keine Probleme mit ihr, das gibt es auch. Aber trotzdem muss man immer freundlich und immer eben auch ordentlich mit den Bewohnern sprechen.

### ***Fragen zu Situationen und Verhaltensweisen von Personen an denen Qualität sichtbar wird: Beschreibung positiver critical Incidents***

*I: Welche typischen (auffallenden) Situationen aus dem Arbeitsalltag der letzten Tage sind Ihnen besonders in Erinnerung geblieben? Beschreiben Sie eine Situation wo sie denken, dass etwas gut geklappt hat zwischen Ihnen und einem Bewohner?*

Frau P: Was hat super geklappt? Das ist schwer, weil man das manchmal gar nicht mehr so registriert, nicht wahr? Man macht seine Arbeit und registriert das immer gar nicht. Wir haben eine Bewohnerin, die sagt dann immer, „... ach es ist schön, das sie jetzt reinkommen, darf ich sie mal drücken?“ Und „... sie sind ja so eine hübsche Frau, darf ich sie mal drücken?“ Na dann lass ich mich eben drücken. Warum soll man ..., es sind ja alles saubere Leute, warum soll man sich nicht drücken lassen? Oder, was sind da noch so, oder so Kleinigkeiten? Wie wenn Herr X, der hat eben mit seinen Hämorrhoiden zu tun, ich weiß nicht, ob man so was auch erzählen darf ... Und wenn man selber so was auch schon hatte, dann sage ich eben auch, „... Herr X, ich tue ihnen dann noch die Hämorr-

hoiden einschmieren ...“, da freut der sich, dass sind so kleine Sachen, was alles mit der Pflege zu tun hat, wo man eben den Menschen eine Freude bringt. Das muss nicht ein Blumenstrauß sein, und so kleine Sachen der Pflege. Und wenn es einreiben ist, mit Franzbrandwein oder eben einen kleinen Schnaps, hier so mit Franzbrandwein, den trinken ja manche auch so ein bisschen mit Wasser verdünnt, das sind manchmal so kleine Sachen. Oder Blumen versorgen, wenn sie sagen, B. tust du meine Blumen versorgen, weil ich ja so eine Blumenjule bin, da freuen die sich, wenn alles schön hergerichtet ist und wieder ordentlich gemacht ist. Das sind so kleine Sachen, wenn Sie das so sagen, man tut das immer gar nicht so wahrnehmen. Oder wenn ich die Frau X, die ist bisschen schwerfällig durch ihren Schlaganfall. Wenn ich sage, „... ach sie haben aber schön mitgemacht“, wenn ich sie auf den Nachstuhl setze, weil sie ganz schwer stehen kann. „Jetzt haben sie aber schön mitgemacht“, das ist für die eine Freude, nicht wahr, wir haben dann aber auch wieder eine Schwester, die plappert laut und immer lauter und da fällt die immer mehr in sich zusammen und so kann man mit Menschen nicht umgehen, man muss wirklich die Ruhe haben und ein Lob geben, denn ihr fällt das wirklich schwer, bei der Wärme, da ist man auch nicht so gut drauf, und die alten Menschen spüren das um so mehr, die Wärme, die sind kaputt. Sie können nicht mehr so stehen, wie wir stehen, das sind dann so kleine Lobe, die helfen.

### ***Beschreibung negativer critical Incidents***

*I: Erinnern Sie sich an schwierige Situationen die für Sie belastend waren, wo etwas nicht so abgelaufen ist, wie Sie es sich vorgestellt haben.*

Frau P: Ach eigentlich komme ich mit allen Bewohnern klar, gut, es meckert mal jemand, wenn man mal das Bett bezieht und man nimmt das schmutzige Nachthemd weg, da wird man, aber das ist eine Lappalie.

*I: Und wie verhalten Sie sich in so einer Situation?*

Frau P: Da tue ich mich dann entschuldigen. Da sage ich dann Frau X, ich sage ihr Nachthemd war schmutzig, ich sage, das musste ich mit in die Wäsche tun. Es ist ja gezeichnet, und deshalb kommt es wieder zurück.

*I: Was war das Ergebnis dieser Situation durch Ihr Verhalten?*

Frau P: Dann ist es okay, dann ist es okay. Man darf ja auch nichts wegnehmen, da die ja gleich ganz grillig, das soll man ja auch nicht. Irgendwann war auch mal was, da hab' ich mich dann auch entschuldigt, und dann war's okay. Nee, man muss ganz freundlich sein. Wir hatten jetzt einen neuen Küchenservice, die war zwei Tage alleine abends, die war halb durchgedreht und die Bewohner waren sehr ungehalten. Da habe ich dann auch mit den Bewohnern ganz ordentlich und ruhig gesprochen und gesagt, die sollen mal ein kleines bisschen Rücksicht nehmen, und wenn man mit den Bewohnern ordentlich spricht, dann geht das okay. Wir haben uns dann auch entschuldigt, weil die sagen, sie ist für uns da und da muss alles klappen. Das sind manche dann ein bisschen ungerecht. Und man kann dann nicht den Menschen anschreien man muss dann ruhig bleiben.

*I: Und das Ergebnis solcher Situationen ...*

Frau P: Ist wenig, also wir haben sehr wenig solche Situationen. Es gibt auch manchmal Schwestern, die haben mehr Probleme mit Bewohnern, aber da habe ich eigentlich keine Probleme.

***Fragen zur Qualität in der Einrichtung: Einschätzung der Pflegequalität in der Einrichtung***

*I: Wie beurteilen Sie die Pflegequalität in dieser Einrichtung?*

B: Sehr gut! Es gibt sich jeder viel Mühe. Und man sieht es auch wenn man in die Zimmer kommt oder wenn man die Bewohner sieht, dass es ne gute Qualität ist.

*I: Nennen Sie diesbezüglich Stärken.*

Frau P: Stärken? Ach Gott! Die Sauberkeit! Ja das ist ja das „A“ und „O“. Dann eben das Äußerliche, das ist die Sauberkeit. Dann das gerade mit dem Essen... Das Essen ist eben gerade bei den Bewohnern das „A“ und „O“. Wenn das nicht klappt, dann sind sie schlecht gelaunt. Also das muss alles funktionieren. Das ist das I-Tüpfelchen mit! Dann lieber mal eine Kackerwindel, aber das Essen ist das „A“ und „O“. Das ist wirklich wahr! Sie warten auf jede Mahlzeit. Und das auch wirklich alles dann so dasteht, wie es sein muss. Also da sind sie schon ... Aber so... Man hört auch kaum, dass sie unzufrieden sind, ein paar Meckerer hat man immer. Das sind eben Charaktere. Aber die meisten sind so zufrieden und da geht das auch immer wieder und sie fühlen sich hier wohl.

*I: Und was würden Sie als Schwäche sehen, was verbesserungswürdig wäre?*

Frau P: Schwächen? Man müsste einfach mehr Zeit haben, um sich mit den Bewohnern abzugeben. Jetzt haben wir ja auch 1-Euro- Jobber. Man spürt das schon. Man hat jetzt auch ein bisschen mehr Zeit. Das finde ich schon schön!

*I: Und wie nutzen sie die Zeit?*

Frau P: Ja, man kann sich mal mehr mit ans Bett setzen, oder mal so streicheln, Gespräche führen. Man hat ja auch viel mit der Pflegeplanung zu tun. Das hat man dann zu Hause gemacht. Wir versuchen es zwar nicht während der Arbeitszeit hier zu machen, aber manchmal sagt man doch, geh du mal rein schreiben, ich bleibe jetzt hier draußen und beschäftige mich mit den Leuten. Und wir gehen mal raus auf den Balkon, dann haben wir ja auch die Vögel, da unterhalten wir uns eben über die Vögel. Oder viele Bewohner hatten eine Katze, da können wir uns über die Tiere, ob Katze oder Hund, unterhalten. Na so Gespräche von früher, oder mal fragen was sie gemacht haben, dafür hatte man ja auch immer nicht so die Zeit. Da erfährt man viel über die Bewohner. Oder dann fragen sie wo man her ist. Kennen dann auch so unsere Ecken und dann wird eben erzählt. Oder wenn sie aus der Landwirtschaft waren... Da muss das dann die Biographie ein bisschen erfragen und dann findet man eigentlich auch gute Gespräche. So Vorlesen und so, das mögen die Bewohner nicht so. Das mögen sie nicht so, wenn man vorliest. Sie singen gerne, das machen sie ja auch viel die Frau I und da ist immer irgendwie was los. Da gehen sie auch eigentlich gerne hin.

**Anregungen für Qualitätsentwicklung**

*I: Welche Ziele in Bezug auf die Pflege sollen zukünftig erreicht werden?*

Frau P: Ach Gott, welche Ziele? Ist ja eigentlich alles auf dem neuesten Stand. Schön wäre, dass man vielleicht auch im Spätdienst mal nicht immer alles so in der kurzen Zeitspanne... ist ja schon von um 6.00-8.00...., das man mehr Zeit hat, für die Bewohner. Das dort alles in Ruhe machen könnte. Auch abends mal noch ein Gespräch führen, mit den Bewohnern, bevor sie in Bett gehen.

*I: Und wie ließe sich das machen?*

Frau P: Na wenn man vielleicht noch jemanden mehr hätte, in der Pflege. Das sind Wunschträume! Und eben Zeitverlagerung ist ja auch nicht möglich, weil .... das hängt wieder mit dem Geld zusammen. Da geht es wieder um die Nachtzuschläge. Früher haben wir ein bis um 10.00 abends gearbeitet. Da mussten die zu viele Nachtzuschläge zahlen. Da kam der Nachtdienst erst um 10.00.

*I: Und jetzt kommt der um 8:00?*

Frau P: Jetzt kommt er um 8.00. und viertel 9 geht die Nacht los.

*I: Und bleibt bis um 6:00?*

Frau P: Bis halb 7. Also die Nächte sind ... lang geworden.

*I: Das ist ja richtig lang geworden!*

Frau P: Das sind Wahnsinnsnächte. Da ist man dann wirklich froh, wenn man nach Hause gehen kann. Man steht auch viel an, in der Nacht.

*I: Wie viel Nachtschichten müssen sie machen?*

Frau P: 5 bis 6 Nachtschichten hintereinander. Da sind immer bestimmte bloß eingeteilt. Bis zum 15. (des Monats) sind 3 Hilfskräfte, und vom Wohnbereich II 3 Schwestern. Und dann ab 16. sind von oben 3 Hilfskräfte und dann eben 3 Schwestern.

*I: Wechseln sich die Hilfskräfte und Schwestern ab?*

Frau P: Es werden immer die 3 Schwestern eingeteilt. Nicht immer alle Hilfskräfte, sondern immer die 3 in den 15 Tagen. Das ist schon hart. Und wenn man dann noch sehr weit zu fahren hat, dann hat man schon...

*I: Kommen Sie von weit her?*

Frau P: Von F. Ich war ja erst in M., da hatte ich es dann nicht weit. Das ist schon sehr belastend, das Autofahren. Durch die Landstraße, ich weiß nicht ob sie sich da auskennen, in P. Und dann die Zubringerautobahn, das ist eigentlich alles schön, aber, in P. staut sich alles. Das ist noch nicht gelöst und wird auch noch nicht gleich gelöst werden. Und wenn man mittags auf Arbeit fährt, also dann braucht man eine gute Stunde. Und der Druck, hoffentlich steh ich nicht wieder im Stau. Dann die Urlauber, die muddeln alle so rum und so... Na ja, man kann's ja, ist ja auch verständlich, die wollen sich ja was anschauen.

*I: Gut, dass war's schon. Dankeschön, das Sie sich die Zeit genommen haben!*



**Interview Nr. 13: I (Interviewer), Herr Q (interviewter Mitarbeiter)*****Berufsbiographische Angaben***

*I: Zunächst habe ich ein paar Fragen zu Ihrer Person und Ihrem Beruf.*

*I (1): Wie alt sind Sie?*

Herr Q: 34.

*I: Wie sind Sie zu diesem Beruf gekommen?*

Herr Q: Ich bin Maschinenanlagen-Monteur gewesen. Hab dann '94/'95 Zivi gemacht, in X im Krankenhaus auf der Inneren und Intensivstation und hab dann bei meiner Firma danach gekündigt. Und hab dann noch ein Jahr dort gearbeitet und hab dann in Y eine Lehre angefangen, als Krankenpfleger. Hab dann in Y auf der Urologie gearbeitet und dann hat die Intensivstation mich abgeworben. Ich bin dann in X, weil die Häuser verschmolzen sind, war ich dann in X. Und bin dann auf eigenen Wunsch wieder auf die Urologie und dadurch dass ich immer befristete Verträge gehabt hab und die Rhön-Klinik versucht hatte, Personal zu entlassen ohne Ende, hatte man mich dort rausgeschmissen. Ich hab dann aber gleich im Anschluss hier auf 165-Euro-Basis den Beruf des Altenpflegers, seit März mach ich das dann hier. Und kann jetzt ab August wahrscheinlich fest übernommen werden.

*I: Welche Entscheidung führte dazu diesen Beruf auszuüben?*

Herr Q: Na eindeutig der Zivildienst. Ich meine vorher hatte man sich das überhaupt nicht vorstellen können, aber jetzt ist das schon prima.

*I: Welche Entscheidung führte dazu, dass Sie jetzt hier im Altenpflegebereich arbeiten?*

Herr Q: Na ich wäre gerne im Krankenhaus geblieben, aber ich hatte andere Krankenhäuser angeschrieben, aber zurzeit gibt's da überall kategorisch eine Ablehnung. Und dadurch, dass ich in K. wohne ist das auch vom Weh her ganz günstig. Am Anfang war ich vielleicht ein bisschen skeptisch muss ich ehrlich sagen, aber jetzt mittlerweile hab ich mich richtig gut reingearbeitet muss ich sagen.

***Fragen zur Bedeutung des Qualitätsmanagements und den Zielen der Arbeit: Stellenwert und Ziele der Arbeit***

*I: Was ist Ihnen als Person in ihrer Arbeit wichtig?*

Herr Q: Arbeit muss mich erfüllen, es muss mir Spaß machen. Denn ansonsten, denke ich mal, macht man zwar eine qualitativ gute Arbeit aber nicht erfüllen, bei mir ist das jedenfalls so. Dann eben, dass ... Oh Gott, jetzt bin ich abgekommen, wie war die Frage?

*I: Was ist Ihnen als Person in ihrer Arbeit wichtig?*

Herr Q: Na das Zwischenmenschliche vor allem. Also dass man mit den Leuten in Kontakt kommt. Das war im Krankenhaus vielleicht noch günstiger, weil das immer mal wechselte und man hatte da ein breiteres Spektrum an Menschen. Und hier ist es ja eingeschränkter. Weil im Heim die Bewohner ja doch nicht so wechseln. Aber dass man eben gut klar kommt, das ist es eigentlich. Und das man im Kollektiv auch gut zusammenarbeitet.

*I: Was ist das Ziel ihrer Arbeit als Pflegekraft?*

Herr Q: Dass man gut auf die Leute eingeht. Man versucht schon die Leute so zu behandeln, dass trotz der wenigen Zeit, die man, mit dem zufrieden ist, was mit ihnen und an

ihnen so macht. Und das man das auch, auch wenn man leider Gottes nicht viel Zeit hat, nach Möglichkeit trotzdem eine qualitativ gute Arbeit macht. Das sollte man schon versuchen. Aber auch so, man behandelt den so, wie man selbst gepflegt werden möchte, wenn man mal in der Situation kommt.

*I: Woran machen Sie Qualität in der Pflege und Betreuung fest?*

Herr Q: Vor allem an Menschlichkeit. Im Prinzip, dass egal, wer da vor einem steht, ich meine dass man ihn trotzdem als Mensch betrachtet. Egal, wie er einen behandelt, denn hier im Haus ist es auch manchmal, vom Umfang her, weil hier aber auch Pflegende sind dass man denkt, man sollte den vielleicht doch mal zum Beispiel vor den Kopf stoßen. Aber es ist o. k. also. Das muss man eben annehmen so was, muss man annehmen können. Qualität in pflegerischer Hinsicht, dass man wirklich versucht, eben in der Zeit, die man hat, das optimale auszuloten. Das gelingt nicht immer, ist ganz klar, aber das man es wenigstens versucht.

### **Anzeichen von Qualität**

*I: Was macht eine gute Pflege und Betreuung aus?*

Herr Q: Na das die Bewohner eigentlich mehr oder weniger zufrieden sind. Das ich, wenn ich mit dem Bewohner was mache oder an dem Bewohner was mache, was ihnen auch peinlich ist oder so, zum Beispiel. Das die dann eben sagen, wie man es gemacht hat oder so und wenn wir es zusammen gemacht haben, „es war gut“ oder so. Und eben dass ich mit mir selber zufrieden bin mit der Qualität und allem. Auf der Intensivstation in H. fachlich war das sehr gut, was wir dort gelernt haben, muss ich sagen. Qualität in der Pflege, dass ich versuche das auch weiter zu tragen auch für mich so. Auf andere kann man das nicht projizieren, das geht nicht, aber, dass ich das nicht weiterführe.

*I: Und was haben Sie dort gelernt an Qualität in der Pflege?*

Herr Q: Eben Sauberkeit, Hygiene, dann auch das Zwischenmenschliche. Gut das liegt auch an einem selber. Aber das war dort in diesem Kollektiv so, in H. Man hat zwar auch ein bisschen mit gelernt, aber gut wenn man es nicht hat, dann hat man das nicht. Dor wurde das richtig gefördert.

### **Fragen zu Situationen und Verhaltensweisen von Personen an denen Qualität sichtbar wird: Beschreibung positiver critical Incidents**

*I: Welche typischen (auffallenden) Situationen aus dem Arbeitsalltag der letzten Tage sind Ihnen besonders in Erinnerung geblieben? Beschreiben Sie eine Situation wo sie denken, dass etwas gut geklappt hat zwischen Ihnen und einem Bewohner?*

Herr Q: Das sind eigentlich eher die kleinen Dinge, nicht die großen Dinge. Wenn man einen Bewohner doch mal zum lachen bewegt. Das ist eigentlich ganz positiv. Wenn ein Bewohner einfach, wie die Frau X letztens sich freut wenn man kommt und so.

*I: Wie haben Sie sich in dieser Situation verhalten mit der Frau?*

Herr Q: Na gut, ich geh da vielleicht sehr locker ran und mach auch ein bisschen Faxen und so und dann freut die sich drüber. Na das war so, da gehe ich eben lachend auf die zu, wen die sich freut und so. Sage „hallo“ und reiße mal kurz die Arme hoch. Na und dann freut die sich eben immer mehr (-lacht-). Das freut mich, das es was gebracht hat, aber das war echt keine Aktion oder so.

*I: das Ergebnis: Sie hat sich eben ziemlich gefreut. Und wenn ich komme, dann freut sie sich sowieso immer, vielleicht weil sie auch meine Person mag.*

### ***Beschreibung negativer critical Incidents***

*I: Erinnern Sie sich an schwierige Situationen die für Sie belastend waren, wo etwas nicht so abgelaufen ist, wie Sie es sich vorgestellt haben.*

Herr Q: Ich glaube, das kann ich an zwei Bewohnern festmachen, der Herr X, mit dem hat jeder Probleme. Ist bestimmt schon mal gefallen der Name. Weil der tut ja, wenn da was nicht klappt, tut der einen sonst wie titulieren. Auf dem niedrigsten Niveau her. Das muss man sich dann eben gefallen lassen. Da muss man dann eben dastehen und schlucken. Na ja, das ist bei dem. Aber ansonsten tut der so, als wäre ich sein Kumpel, aber wenn dem irgendwas verkehrt kommt, kann der tierisch beleidigend sein. Und da muss ich mal sagen, das geht einem dann schon auf die Ketten.

*I: Und wie verhalten Sie sich in so einer Situation?*

Herr Q: Na ja, erst mal tu ich versuchen, es ein bisschen runter zu spielen, ihn ein bisschen abzumildern, aber das geht in diesem Augenblick nicht, weil er sich da reinsteigert oder so. Da kann man eigentlich in dem Augenblick nichts weiter machen. Ist klar auch. In dem Zimmer ist dann noch der andere Bewohner um den muss man sich mehr oder weniger mehr kümmern. Bei dem Herrn X, braucht man ur das Essen auf den Nachttisch stellen. Und wenn das Essen ein bisschen zu spät kommt, dann dreht er eben frei. Und dann bin ich vielleicht ruhiger zu ihm. Und na ja, man muss ruhig bleiben.

*I: Was war das Ergebnis dieser Situation durch Ihr Verhalten?*

Herr Q: Na ja in dem Augenblick ist der erst mal groß fertig, was heißt fertig, aufgebracht und kriegt sich selber erst mal nicht wieder ein. Und wenn man später noch mal rein kommt, dann ist es wieder ruhiger. Aber das geht mir manchmal schon ganz schön gegen den Strich. Aber die Menschen sind so. Und die andere Person ist die Frau X und die hat was gegen Männer einfach so. Das kann man nicht so bewerten. Es ist einfach so. Und das muss man einfach so hinnehmen. Und wenn sie mal was von mir nicht will, irgendwas nicht gemacht haben will, dann macht es eben eine weibliche Pflegekraft und dann geht das alles. Das darf man nicht so an sich herankommen lassen, genauso, wie von dem Herrn X. Auch, wenn es in dem Augenblick, das immer gleich so rabiat ist und sagt, ich geh mich beschweren.

### ***Fragen zur Qualität in der Einrichtung: Einschätzung der Pflegequalität in der Einrichtung***

*I: Wie beurteilen Sie die Qualität der Pflege in dieser Einrichtung?*

Herr Q: Ich kann ur unsere Station oben beurteilen und ich denke mal, dass insgesamt es schon eine gute Qualität ist, in unserem Bereich. Es gibt vielleicht kleinere Abstriche oder so manchmal, aber im Großen und Ganzen eigentlich gut.

*I: Nennen Sie diesbezüglich Stärken.*

Herr Q: Na von der Pflege her, die Lagerungen bei Bettlägerigen vor allen Dingen. Das dann doch, es treten eben keine Dekubiti auf groß. Das ist dann doch was seltenes, wo ich doch überrascht war, für ein Pflegeheim. Es liegt auch daran, dass wir es gut machen und

die Dokumentation ist da auch ganz gut. Na ja, gegenüber einem Krankenhaus, das kann man nicht vergleichen, aber sonst finde ich das schon ganz prima. Und das Zwischenmenschliche so haut eigentlich auch hin, mit gewissen Abstrichen, muss man sagen.

*I: Und was würden Sie als Schwäche sehen, was verbesserungswürdig wäre?*

Herr Q: Na manche sind vielleicht ein bisschen ruppiger zu den Leuten. Aber manchmal ist es auch so, denke ich dann auch wieder, vielleicht brauchen das manche auch, manche Bewohner, wenn die auch so dement sind, oder in gewissen Phasen. Vielleicht brauchen die ein harsches, nicht harsch oder das man dann ausfällig wird, aber ein betonteres Auftreten. Das fehlt mir vielleicht manchmal. Das man dann doch bisschen vielleicht eine gewisse Konsequenz zeigt oder konsequenter manches macht. Wo ich mir vielleicht manchmal die Zeit ein bisschen, nicht vertue, aber wo ich manchmal ein bisschen länger brauche, wo das dann wieder bei einem anderen fehlt.

### ***Anregungen für Qualitätsentwicklung***

*I: Welche Ziele in Bezug auf die Pflege sollen zukünftig erreicht werden?*

Herr Q: (-Pause-) Na das es eben auf alle Fälle vom Niveau her so bleibt und nicht absinkt. Na das das Zwischenmenschliche eben zumindest auf dem Stande bleibt, wie es ist und teilweise vielleicht noch gebessert werden kann, das liegt aber bei jedem Heimbewohner selber und was man bei einzelnen nicht so beeinflussen kann. Mit Angehörigen teilweise, gibt es da auch Probleme. Wenn Angehörige manchmal uneinsichtig sind, denken immer ihre Angehörigen sind dann der Mittelpunkt oder sollen der Mittelpunkt sein. Das geht nicht immer. Das versuchen wir immer den Angehörigen klar zu machen und sich mit ihnen zu unterhalten.

*I: Was sollte sich noch in Zukunft ändern, bezüglich der Struktur oder Organisation des Hauses?*

Herr Q: Ach Mensch, das weiß ich nicht. Da will ich mir jetzt kein Urteil erlauben, zur Struktur hier im Haus. Da hab ich mich auch noch nicht so reingekniet aber. Manches ist vielleicht nicht so gut, wenn da das große „C“ da drüber steht und dann sollte man versuchen sich selber manchmal dran zu halten.

*I: Gut ich danke Ihnen, dass war's schon.*

**Interview Nr. 14: I (Interviewer), Frau R (interviewte Mitarbeiterin)*****Berufsbiographische Angaben***

*I: Zunächst habe ich ein paar Fragen zu Ihrer Person und Ihrem Beruf.*

*I: Wie alt sind Sie?*

Frau R: 40.

*I: Wie sind Sie zu diesem Beruf gekommen?*

Frau R: Durch Arbeitslosigkeit. Also ich hatte vorher 10 Jahre in einer Kinderkrippe gearbeitet und dann 2 Jahre als Tagesmutter bei Drillingen und dann musste ja irgendwas passieren und ich hab mich dann beworben und dann hat das geklappt. Also zur Umschulung.

*I: Und sie haben dann eine Ausbildung als Altenpflegerin gemacht?*

Frau R: Ja.

*I: Welche Entscheidung führte dazu diesen Beruf auszuüben?*

Frau R: Tja, es musste irgendwie weitergehen, ich wollte was Soziales machen. Und mit den Kindern, das war aussichtslos dann nach der Wende. Und da habe ich mich dann noch mal umorientiert sozusagen.

*I: Warum sind Sie in dieser Einrichtung tätig?*

Frau R: Na ich war vorher 4 Jahre in der häuslichen Pflege. Und das ist eben sehr anstrengend, jetzt mit der ganzen Fahrerei tagsüber und weil man dann auch nur alleine ist, auf der Strecke, bei den Leuten. Kaum Hilfe und Hilfsmittel hat. Und dann hörte ich eben, dass hier ein neues Haus aufgebaut wurde. Und dann habe ich mich eben beworben und es hat dann geklappt.

*I: Waren Sie vorher nur in der häuslichen Pflege oder auch in anderen pflegerischen Zusammenhängen tätig?*

Frau R: Nee, ich hatte zwei Jahre die Ausbildung und da war ich im Heim und in der Maßnahme war auch ein Einsatz in der häuslichen Pflege und das hat mir eigentlich gut gefallen. So dass ich mir sagte, das wäre eigentlich das und hab das dann halt 4 Jahre gemacht.

***Fragen zur Bedeutung des Qualitätsmanagements und den Zielen der Arbeit: Stellenwert und Ziele der Arbeit***

*I: Was ist Ihnen als Person in ihrer Arbeit wichtig?*

Frau R: Na dass ich mich selber hier mit einbringen kann. Kann man schlecht in 'nem Satz beantworten, denke ich mal. Mir ist vor allem die Würde des Menschen wichtig. Also dass die Leute sich nicht abgeschoben vorkommen und dass sie in Würde sterben können. Also die Sterbebegleitung ist mir eigentlich das allerwichtigste hier im Haus.

*I: Und machen sie die direkt mit?*

Frau R: Nee. Aber ich war ja in dem Pflegedienst, das war ein Hospizpflegedienst und das waren viele jüngere Leute dort, die wir mit behandelt haben. Und da waren wir tagtäglich damit beschäftigt. Das war sehr beeindruckend.

*I: Was ist das Ziel ihrer Arbeit als Pflegekraft?*

Frau R: Na ja, also die Würde das ist das eine und was ganz groß geschrieben werden müsste, das ist die Schmerzfreiheit. Und das denke ich ist in der Altenpflege noch nicht so. Und dort lege ich eigentlich auch großen Wert drauf. Also dort tu ich dann auch mit den Ärzten versuchen, dass sie darauf einsteigen. Denn das ist nicht gut. Also das ist noch nicht so, wie es sein sollte und wie es sein könnte. Und es wird oft abgetan, „... die haben Schmerzen, die müssen damit leben.“ Aber die müssen nicht damit Leben.

*I: Und dann dringen Sie darauf, dass Medikamente verschrieben werden oder wie kann ich mir das vorstellen?*

Frau R: Na ja, wir hatten zum Beispiel einen Fall, die hatte ein Schmerzpflaster bekommen, aber bloß die halbe Dosis. Und sie konnte aber auch nicht mehr sich mitteilen. Sie war bewusstlos in dem Sinne und sie hatte immer so stark geschwitzt. Und ich hatte dann eben den Eindruck, das ist vielleicht ihre einzige Äußerung, dass sie Schmerzen hat. Weil ich denke dann an mich, wenn ich dann mal da liebe, das habe ich dann immer so vor Augen. Denn ich wollte keine Schmerzen haben. Das will bestimmt auch keiner haben. Und dann hat sie es dann erhöht, also die doppelte Dosis gegeben.

*I: Und der Frau ging es dann besser?*

Frau R: Na sie ist dann Gott sei Dank verstorben. Also sie hatte dann noch zwei, drei Tage gelebt aber da ging es ihr sehr schlecht.

*I: Woran machen Sie Qualität in der Pflege und Betreuung fest?*

Frau R: Hm, tja. Gute Frage. Also das hat nicht immer was mit der Ausbildung zu tun, würde ich jetzt mal sagen.

*I: Sondern?*

Frau R: Sondern, na die ganze Art, wie man mit dem Menschen umgeht und na es muss schon ein bestimmtes Fachpersonal da sein, würde ich mal sagen. Und das auch die Standards, die eben gegeben sind, das das auch dementsprechend ausgeführt wird. Also in der Behandlungspflege jetzt zum Beispiel.

### **Anzeichen von Qualität**

*I: Was macht eine gute Pflege und Betreuung aus?*

Frau R: Das das eine runde Sache ist. Das das alles stimmig ist.

*I: Und was genau?*

Frau R: Na das man das Gefühl hat, dass der Mensch sich wohl fühlt.

*I: Und woran kann man das merken oder feststellen?*

Frau R: Na an der Ausstrahlung. Das ist aber mitunter schwer umsetzbar. Weil die meisten Heimbewohner, also bei uns auf der Station, die sind sehr unzufrieden. Mit sich selbst, mit der Situation, dass sie hier im Heim eben sind, dass die Kinder selten kommen und dass die Jugend vorbei ist und dass sie eben ihre eigenen Kräfte nachlassen. Und dann sind sie auch sehr ungerecht, mitunter Die hetzen sich dann gegenseitig richtig auf. Es ist manchmal nicht schön.

*I: Was kann man da unternehmen?*

Frau R: Na man kann da eigentlich nichts unternehmen. Also wir haben eine oben, ne Heimbewohnerin, wenn man mit ihr alleine im Zimmer ist, dann ist die ganz lieb, ganz freundlich und ach „... mir gefällt es ja hier ...“. Und wenn sie das Zimmer verlässt und sie kommt mit anderen zusammen, ist das alles hinfällig. Also das ist schwer. Also man kann das gar nicht immer so ...

***Fragen zu Situationen und Verhaltensweisen von Personen an denen Qualität sichtbar wird: Beschreibung positiver critical Incidents***

*I: Welche typischen (auffallenden) Situationen aus dem Arbeitsalltag der letzten Tage sind Ihnen besonders in Erinnerung geblieben? Beschreiben Sie eine Situation wo sie denken, dass etwas gut geklappt hat zwischen Ihnen und einem Bewohner?*

Frau R: Na eigentlich nur eine Situation, also dass war oben im Wohnbereich. Nach dem Waschen, das er sich jedes Mal bedankt hat. „Danke das war eine gute Pflege.“ Also das hab ich bei keinem anderen noch nicht erlebt. Das macht er mit allen anderen, die ihn versorgen genau so. Aber das ist dann für einen doch eine Bestätigung.

*I: Können Sie mal genau beschreiben, wie Sie sich in dieser Situation verhalten haben?*

Frau R: Die Grundpflege, gewaschen.

*I: Und der Bewohner hat sich dann danach bedankt?*

Frau R: Genau. „Schönen Dank und einen schönen Tag noch.“ ... für die gute Pflege.

***Beschreibung negativer critical Incidents***

*I: Erinnern Sie sich an schwierige Situationen die für Sie belastend waren, wo etwas nicht so abgelaufen ist, wie Sie es sich vorgestellt haben.*

Frau R: Na, das ist eigentlich das, was ich vorhin schon sagte. Mit den Schmerzen und mit der Ernährung. Also ich bin nicht so zufrieden mit dem, wenn die jetzt alle eine Magensonde bekommen und jetzt permanent ernährt werden. Weil keiner den Mut hat und die Entscheidung fällt, man stellt die Ernährung ein. Das der Mensch sein Recht hat zum sterben. Also das fällt mir schwer. Ich würde zwar jetzt auch nicht sagen, ich geb' dem jetzt einfach nichts mehr, das darf ich ja gar nicht machen. Aber das da die Betreuer oder Ärzte eben nicht die Courage haben, und sagen er ist jetzt so weit, wir stellen die Ernährung jetzt ein.

*I: Und wie verhalten Sie sich in so einer Situation gegenüber dem Bewohner und den Ärzten?*

Frau R: Also die Ärzte spreche ich drauf an. Und den Bewohner, den betreut man genauso weiter. Man macht es ihm dann auch leicht. Es hat dann gerade auch in der Endphase dann, dass man dann den nicht unnötig hin und her lagert. Das er einfach sich wohl fühlt.

*I: Was war das Ergebnis dieser Situation?*

Frau R: Man kann es nicht ändern. Man kann da nichts dran ändern.

*I: Der bekommt dann ne Sonde?*

Frau R: Nee, die haben ja die Sonde schon, meistens.

*I: Also ist es mehr ausweglos für Sie?*

Frau R: Ja.

*I: Und wie gehen Sie damit um?*

Frau R: Na ja, man ist ein bisschen frustriert. Also wir unterhalten uns auch im Team drüber und wir sind eigentlich auch alle der Meinung. Aber das sind eben immer fremde Menschen für uns und ich sag dann auch jedes Mal „... wer weiß wie ich mich entscheiden würde, wenn es meine Mutter wäre ...“. Ich weiß es nicht, wenn es einen persönlich betrifft, ob man dann auch sagt „Schluss jetzt damit“. Man hat ja immer die Hoffnung, dass es wieder besser wird.

### ***Fragen zur Qualität in der Einrichtung: Einschätzung der Pflegequalität in der Einrichtung***

*I: Wie beurteilen Sie die Qualität der Pflege in dieser Einrichtung?*

Frau R: Also ist eigentlich ganz gut. Wir haben auch noch einen Qualitätsmanagementzirkel, der arbeitet auch. Ich bin die Hygienebeauftragte (-lacht-). Ja, aber das ist alles so im Wachsen.

*I: Nennen Sie diesbezüglich Stärken.*

Frau R: Kann ich jetzt so nicht sagen.

*I: Und was würden Sie als Schwäche sehen, was verbesserungswürdig wäre?*

Frau R: das man sich vielleicht mehr noch miteinander unterhalten sollt, so was jetzt sinnvoll und was nicht sinnvoll ist. Jetzt zum Beispiel mit der Lagerung, jetzt mal als konkretes Beispiel. Der eine lagert eben so und der andere so und dass man sich da vielleicht noch ein bisschen besser im Gespräch darüber Gedanken macht, wie man es am besten machen könnte.

*I: Und in welchem Rahmen könnte das stattfinden?*

Frau R: Na wir haben monatlich eine Teamsitzung immer. Oder wenn es eben spontan anfällt, aber so erreicht es meistens nicht jeden, weil nicht immer alle im Dienst sind.

### ***Anregungen für Qualitätsentwicklung***

*I: Welche Ziele in Bezug auf die Pflege sollen zukünftig erreicht werden?*

Frau R: Also zurzeit ist es ja so, oder generell ist es ja so, dass die Grundpflege die oberste Priorität hat. Und das dürfte es vielleicht nicht unbedingt immer sein.

*I: Was meinen Sie damit?*

Frau R: Also die Grundpflege betrifft das Waschen, und das man die eben jeden Tag wäscht von oben bis unten, früh und abends und da vergeht eben die meiste Zeit dann daran. Und das man da vielleicht einfach sagt, wir machen das eben situationsbedingt und dass man mehr Zeit für den Menschen hat. Andererseits Zeit hat.

*I: Also dann nur früh waschen oder wenn es notwendig ist, weil diverse Malheure passiert sind?*

Frau R: Ja, also je nachdem, wie jetzt, also ob derjenige sehr stark schwitzt. Aber eben, weil in der Pflege generell wird eben die meiste Zeit ... und Waschen ist vielleicht nicht immer das wichtigste. Aber das ist eben das, wo die Angehörigen, die Außenstehenden



wert drauf legen. Die kommen ins Haus, sehen meinetwegen die Leute, „... ja wie läuft die den rum?“ Gerade wenn so demente Personen sind, die sich einfach „anschießeln“ sage ich jetzt mal und die eben dann, das ist eben ihr eigenes Wohlbefinden. Und die anderen, Fremde oder die Angehörigen nehmen das eben wieder anders war.

*I: Die sehen nur die Äußerlichkeiten.*

Frau R: Ja.

*I: Was sollte sich noch in Zukunft ändern, bezüglich der Struktur und Organisation des Hauses?*

Frau R: Na wir haben alle einen Haufen Überstunden (-lacht-). Aber wie das umsetzbar ist, weiß ich nicht.

*I: Gut dass war's schon. Ich danke Ihnen, dass sie sich die Zeit genommen haben.*

Frau R: Bitte schön.

**Interview Nr. 15: I (Interviewer), Frau S (interviewte Mitarbeiterin)*****Berufsbiographische Angaben***

*I: Zunächst habe ich ein paar Fragen zu Ihrer Person und Ihrem Beruf.*

*I: Wie alt sind Sie?*

Frau S: 44.

*I: Wie sind Sie zu diesem Beruf gekommen?*

Frau S: Na ja ich hab vor 2001 Umschulung gemacht bis 2003, also Umschulung direkt als Altenpfleger. Aber ich wollte das eben von mir aus. Ich war früher Kellnerin und dann arbeitslos. Ich hatte aber dann immer wieder mal so ABM-Maßnahmen, aber das befriedigt ja einen dann auch nicht. Nee und da hab ich mir das dann schon selber rausgesucht und da hab ich auf dem Arbeitsamt gefragt und da wurde mir dann eben auch nahe gelegt, „haben Sie denn überhaupt schon mal in der Altenpflege gearbeitet?“ Und da habe ich gesagt: „nein“. Und da hat er, er würde mir eben vorschlagen mal 14 Tage in so einem Heim zu arbeiten. Da hab ich mir dann in S. eins gesucht. Da war ich dort arbeiten, 14 Tage und danach habe ich mich eben entschieden und mir gefällt's.

*I: Welche Entscheidung führte dazu diesen Beruf auszuüben?*

Frau S: Na dass man immer mit Leuten zu tun hat. Ich meine die Eltern und Schwiegereltern werden ja auch immer älter und eigentlich wollte ich das ja von mir aus. Ich hatte eigentlich immer schon mit Leuten zu tun auch in der Gastronomie.

*I: Warum sind Sie in dieser Einrichtung tätig?*

Frau S: Warum, na ja, also ich hatte mich hier beworben und da hatte ich dann auch die Zusage bekommen. Na ich hatte, ich meine man hat sich ja durch die Altenpflege musste man sich in der Schule mehrmals bewerben, ist ja klar und hier hat's geklappt. Bin ich ganz froh.

*I: Waren Sie bereits in anderen pflegerischen Zusammenhängen tätig?*

Frau S: Na ja in der Umschulung. Also da hatten wir vier Mal. Also in die häusliche Pflege mussten wir gehen und auch in ein Heim. In S. und in L. war ich in der häuslichen Pflege.

***Fragen zur Bedeutung des Qualitätsmanagements und den Zielen der Arbeit: Stellenwert und Ziele der Arbeit***

*I: Was ist Ihnen als Person in ihrer Arbeit wichtig?*

Frau S: Na ja, also dass man durch die Tätigkeit dass man also gut die alten Leute pflegen tut. Also nicht bloß dass sie zufrieden sind, aber dass sie sich eben jetzt auch nicht wund liegen und dass man sich auch mit den Leuten unterhält. Also was alles so dazu gehört. Also einen guten Umgang pflegt.

*I: Was ist das Ziel ihrer Arbeit als Pflegekraft?*

Frau S: Na ja, also als Ziel, dass man eben gut auf die Leute eingeht. Also in pflegerischen Maßnahmen, wie auch im menschlichen. Und dass man auch ihren Wünschen und Bedürfnissen nachkommt. Manchmal haben sie ja auch Sorgen, dass man da auch ein Ohr dafür hat. Und das schätzen die eigentlich auch, dass man da...

*I: Woran machen Sie Qualität in der Pflege und Betreuung fest?*

Frau S: Na ja, dass man das Wissen was man hat durch die Umschulung und hier hat man ja auch laufend Lehrgänge, wo man dran teilnimmt. Dass man das dann auch nutzt für die Leute. Ob das nun in der Lagerung ist, oder na ja Lagerung oder zum Beispiel Essen reichen. Also es gibt verschiedenes wo man darauf eingehen kann.

### ***Anzeichen von Qualität***

*I: Was macht eine gute Pflege und Betreuung aus?*

Frau S: Na sagen wir mal so. Das man das Beste, was man geben kann gibt und auf die Leute eingeht. Ich meine das Wissen was man hat, ich meine man lernt ja immer weiter. Es ist ja nicht so, dass man jetzt stehen bleibt an dem einen Schritt. Aber man bekommt ja dadurch dass man hier arbeitet, durch die anderen mit denen man arbeitet, Mitarbeitern die sind ja länger schon in dem Beruf tätig, lernt man ja auch noch weiter. Das ist schon gut so.

### ***Fragen zu Situationen und Verhaltensweisen von Personen an denen Qualität sichtbar wird: Beschreibung positiver critical Incidents***

*I: Welche typischen (auffallenden) Situationen aus dem Arbeitsalltag der letzten Tage sind Ihnen besonders in Erinnerung geblieben? Beschreiben Sie eine Situation wo sie denken, dass etwas gut geklappt hat zwischen Ihnen und einem Bewohner?*

Frau S: Na ja, wir haben schon Bewohner, wenn man, die sind manchmal was heißt schwierig? Die wollen eben ihre Aufmerksamkeit, dass man mit ihnen redet und dann wollen sie auch dass man sich Zeit nimmt. Und ich nehme mir da eigentlich immer Zeit für die Bewohnerin, weil ich weiß dass sie dann auch ... Die kann auch manchmal nicht so gut drauf sein. Und ich meine das ist schon für sie ein Erfolgserlebnis, wenn dann jemand da ist, der zuhört und Fragen stellt. Sie eben auch ein bisschen bemuttert. Das sie nicht hinten ansteht, das ist es ja. Manche Heimbewohner also die neigen dann auch, dass sie eifersüchtig werden. Hat man bei manchen.

*I: Wie verhalten Sie sich in dieser Situation mit der Frau, die sie ansprachen?*

Frau S: Na ja, das ist nicht nur die eine, das sind die anderen auch. Na ja da geht man, also gerade wenn ich Spätschicht hab, da ist man eben Abend, ist sie eben immer mit die letzte, weil sie sitzt im Rollstuhl und fährt dann alleine nach hinten. Und zieht sich auch teilweise aus, und dann wartet sie aber, wo denn jemand herkommt. Und wenn man dann rein geht, dann will sie ihre Einreibungen haben und dann tut sie eben auch ein bisschen erzählen, was eben am ganzen Tag so geschehen ist. Und über ihre Leute eben, sozusagen. Die will eben dass jemand zuhört.

*I: Und in der Situation, wo andere Bewohner eifersüchtig sind, wie verhalten Sie sich da?*

Frau S: Na man geht eigentlich immer auf die Leute ein.

*I: Und wie?*

Frau S: Na indem man mit ihnen spricht und sie nicht einfach stehen lässt und weitergeht. Das man dort auch mal hin geht und mit denen spricht. Und ich meine es gibt solche, die nun im Rollstuhl sitzen und sich gar nicht mehr bewegen können, sagen wir mal, wo eine Seite gelähmt ist und die nun gar nicht fort können, die auf die Hilfe angewiesen sind. Die muss ja dann auch irgendwann mal ins Bett schaffen und da muss

man sich eben auch gut mit ihnen unterhalten. Das ist nicht bloß die Pflege alleine, obwohl die auch sehr wichtig ist. Aber die zwischenmenschliche Beziehung ist wichtiger.

### ***Beschreibung negativer critical Incidents***

*I: Erinnern Sie sich an schwierige Situationen die für Sie belastend waren, wo etwas nicht so abgelaufen ist, wie Sie es sich vorgestellt haben.*

Frau S: Na ja, direkt negativ würde ich nicht sagen. Wir hatten eine Bewohnerin, die ist abends ins Bett gegangen und die wusste, dass sie nicht alleine aufstehen sollte, hat es aber gemacht und ist dadurch, weil ich eben auch Nachtdienst hatte und alleine war, gestürzt. Und na ja ich hörte sie dann irgendwann mal rufen und na ja, da hat sie sich eben auch was getan, so dass sie ins Krankenhaus musste. Aber ich meine klar am Ende sagt man, hättest du deine Runde auf der anderen Seite angefangen wäre das nicht passiert. Aber da hätte genauso gut bei einer anderen Heimbewohnerin; zu der Zeit hatten wir mehrere sie sehr, die immer raus wollten und eigentlich nicht durften; aber man kann auch bloß bei einer Bewohnerin sein, zu einem Zeitpunkt.

*I: Und wie haben Sie sich in der Situation verhalten, als sie gestürzt ist?*

Frau S: Na mit ihr geredet und ich meine sie hat es ja auch gesagt, sie weiß, dass sie nicht aufstehen sollte, aber... Und dass sie dann ins Krankenhaus musste. Aber sie kam ja dann auch wieder und es war dann auch alles wieder gut.

### ***Fragen zur Qualität in der Einrichtung: Einschätzung der Pflegequalität in der Einrichtung***

*I: Wie beurteilen Sie die Qualität der Pflege in dieser Einrichtung?*

Frau S: Also ich würde sagen es ist eine gute Pflege, die durchgeführt wird. Also jedem Bewohner entsprechend und nach den Pflegestufen. Also man macht ja sowieso mehr, als die PS beinhalten. Würde ich schon denken.

*I: Nennen Sie diesbezüglich Stärken.*

Frau S: Na gut, wenn ich sage Lagerungen, Lagerungen werden überall gemacht. Wüsste ich jetzt nicht so, was ich drauf antworten sollte.

*I: Und was würden Sie als Schwäche sehen, was verbesserungswürdig wäre?*

Frau S: Na ja gut aber das hängt ja dann wieder zusammen mit dem Personal. Ich meine es dürfen ja nur so und so viel vom Personal arbeiten, also eingestellt werden. Klar, wenn man dann nachmittags zu zweit ist, für 30 Heimbewohner. Klar wäre das schöner, wenn da jemand mehr wäre. Ich meine jetzt zurzeit ist es ja schön, da haben wir ja die 1-Euro-Jobber, die dann mit zur Hand gehen oder auch Auszubildende. Dann hat man ja auch mal Zeit für die Leute.

### ***Anregungen für Qualitätsentwicklung***

*I: Welche Ziele in Bezug auf die Pflege sollen zukünftig erreicht werden?*

Frau S: Na ja erreicht, sagen wir mal so, dass keiner sich wund liegt. Das haben wir eigentlich jetzt bei niemandem, aber das eben nicht erst passiert. Aber das hängt ja auch mit der Lagerung zusammen, also da sind wir schon hinterher, dass das nicht passiert.

*I: Was sollte sich noch in Zukunft ändern, bezüglich der Struktur und Organisation des Hauses?*

Frau S: Weiß ich jetzt nicht was ich sagen sollte.

*I: Gut dass war's schon. Ich danke Ihnen, dass sie sich noch die Zeit genommen haben und wünsch ihnen noch einen schönen Arbeitstag!*

Frau S: Gerne.

**Interview Nr. 16: I (Interviewer), Frau B (interviewte Mitarbeiterin)*****Berufsbiographische Angaben***

*I: Zunächst habe ich ein paar Fragen zu Ihrer Person und Ihrem Beruf.*

*I: Wie alt sind Sie?*

Frau B: Ich bin 42.

*I: Wie sind Sie zu diesem Beruf gekommen?*

Frau B: Durch ne Umschulung.

*I: Zum Altenpfleger?*

Frau B: Zum Altenpfleger.

*I: Welche Entscheidung führte dazu diesen Beruf auszuüben?*

Frau B: Also ich habe Krippenerzieherin gelernt und als dann meine Kinder größer wurden, da habe ich gedacht, machste noch mal ne Umschulung, weil das ja so artverwandt ist. Und so hab ich das dann gewählt.

*I: Warum sind Sie in dieser Einrichtung tätig?*

Frau B: Das war Zufall. Da hab ich in der Zeitung gelesen, dass hier ein Heim gebaut wird und da hab ich mich gleich beworben und hatte Glück.

*I: Waren Sie bereits in anderen pflegerischen Zusammenhängen tätig?*

Frau B: Ja vorher war ich, also nach der Umschulung war ich in der häuslichen Pflege in N.

*I: Und wie lange?*

Frau B: 2 Jahre.

***Fragen zur Bedeutung des Qualitätsmanagements und den Zielen der Arbeit: Stellenwert und Ziele der Arbeit***

*I: Was ist Ihnen als Person in ihrer Arbeit wichtig?*

Frau B: Das man zu den alten Leuten freundlich ist, das man die schätzt. Das die zufrieden sind, das sie sich wohl fühlen.

*I: Was ist das Ziel ihrer Arbeit als Pflegekraft?*

Frau B: Dass ich mir Mühe gebe. Das ich meine Arbeit mache, so wie es sein muss.

*I: Woran machen Sie Qualität in der Pflege und Betreuung fest?*

Frau B: So dass die Leute zufrieden sind. Denn es heißt ja „wie man in den Wals hineinruft, so schallt es heraus.“ So versuche ich eben zu den Leuten zu sein. Das die eben auch zu mir freundlich sind, bin ich zu denen auch freundlich. Das merkt man auch wenn man, denn es gibt viele, die dann schimpfen auf irgendjemanden, das der patzig ist oder so. Aber das hat wahrscheinlich dann auch seinen Grund.

***Anzeichen von Qualität***

*I: Was macht eine gute Pflege und Betreuung aus?*

Frau B: (-Pause-) Weiß ich jetzt nicht, wie Sie das meinen.

*I: Woran erkennen Sie eine gute Pflege und Betreuung?*

Frau B: Das die Leute eben zufrieden sind. Ganz einfach. Das die ihren Lebensabend genießen.

*I: Und woran erkennen Sie das?*

Frau B: Das sie sich wohl fühlen, eigentlich. Und das sie nicht den ganzen Tag schimpfen oder irgendwie unzufrieden mit sich und der Welt sind. Weiß nicht, was ich noch sagen soll.

***Fragen zu Situationen und Verhaltensweisen von Personen an denen Qualität sichtbar wird: Beschreibung positiver critical Incidents***

*I: Welche typischen (auffallenden) Situationen aus dem Arbeitsalltag der letzten Tage sind Ihnen besonders in Erinnerung geblieben? Beschreiben Sie eine Situation wo sie denken, dass etwas gut geklappt hat zwischen Ihnen und einem Bewohner?*

Frau B: Hm, wüsste ich jetzt nichts. Was mir da besonderes irgendwie passiert wäre.

*I: Und eine alltägliche Situation?*

Frau B: Ja dass die Leute sich bedanken. Wir haben da eine Bewohnerin, die sich immer so sehr bedankt. Das wirkt ganz einfach freundlich. Wüsste ich jetzt nicht, was ich sagen soll.

*I: Wie haben Sie sich in dieser Situation verhalten?*

Frau B: Ich freue mich, dass sie eben zufrieden ist. Und unterhalte mich eben mit ihr freundlich.

***Beschreibung negativer critical Incidents***

*I: Erinnern Sie sich an schwierige Situationen die für Sie belastend waren, wo etwas nicht so abgelaufen ist, wie Sie es sich vorgestellt haben.*

Frau B: Na vielleicht in den Nachtschichten, da haben wir eine Bewohnerin, die öfter mal schreit. Und die man dann nicht beruhigen kann. Da weiß man dann nicht, was man machen soll. Und da habe ich dann doch den Rettungsdienst angerufen, weil ich mir keinen anderen Rat wusste. Und als die dann da waren, war dann gut, da war sie ruhig. Da hab ich mir dann auch gedacht, dass hättest du dann auch sparen können. Wahrscheinlich wäre die bei mir, oder wäre die dadurch nicht ruhig geworden, wenn wir das nicht gemacht hätten.

*I: Und wie verhalten Sie sich in so einer Situation?*

Frau B: Na ich hab sie erst mal, wo sie anfang mit schreien, erst mal beruhigt, versucht. Im Guten und dann haben wir oben, wir sind ja zu zweit, habe ich dann die obere Pflegekraft runtergeholt und das war zufällig ein Mann. Und dann hab ich gedacht, vielleicht kann der dann man ein bisschen resoluter sein und mit 'ner kräftigeren Stimme sagen, sie soll aufhören. Das hat auch nicht geholfen und dann haben wir den Rettungsdienst angerufen. Und als dann die vielen Leute um sie herum standen, hat ihr das wahrscheinlich so gut gefallen, dass sie im Mittelpunkt steht und sie hat aufgehört. Ich bin dann noch ne Weile geblieben und wir haben dann draußen vor der Türe gestanden und gelauscht, ob das noch mal losgeht, war aber nichts mehr. Und dann haben sie gesagt, dass das öfter mal vorkommt. In den anderen Nächten war das auch immer wider

mal. Es war Gott sein dank nicht so lange. Man macht sich ja Sorgen um die anderen Leute, nachts um 2, wenn da jemand anfängt zu schreien wie am Spieß. Die Anwohner wohnen nämlich hier auch gleich daneben.

*I: Wissen Sie, was das für eine Ursache hatte?*

Frau B: Na die ist schizophren, die hat zwei Persönlichkeiten und dann bildet die sich irgendwas ein.

*I: Was war das Ergebnis dieser Situation durch Ihr Verhalten?*

Frau B: Nichts. Na die hat jetzt immer noch ihre Probleme mit. Die ist ja beim Nervenarzt in Behandlung. Irgendwann ist wohl mal eine Medikamentenänderung passiert. Und jetzt lässt sie sich zurzeit öfter mal fallen. Das ist der neueste Dreh. Um auf sich aufmerksam zu machen.

*I: Und das ist dann auch eine eher belastende Situation für Sie?*

Frau B: Na es ist schon belastend, wenn in der Nacht Ruhe sein soll. Es geht nun nicht, wenn jeder schlafen möchte, dass man jemanden nicht zur Ruhe bringt.

*I: Ich meinte eigentlich die Situation mit dem fallen.*

Frau B: Ach mit dem fallen. Ne mir ist das noch nicht so sehr passiert. Ich hatte ja zu Zeit Urlaub und mehr Nachtschicht. Die anderen haben das ... bloß vom Hörensagen. Weil die ja so groß und kräftig ist, brauchen die wieder zwei, drei um die wieder aufzuheben. (-grinst-)

### ***Fragen zur Qualität in der Einrichtung: Einschätzung der Pflegequalität in der Einrichtung***

*I: Wie beurteilen Sie die Qualität der Pflege in dieser Einrichtung?*

Frau B: Ja, ich weiß ja nicht, nicht so, nicht so sehr gut. Weil gerade, wir haben sehr viele verwirrte Heimbewohner. Und wir haben das eigentlich gelernt in der Umschulung dass man die dann, wenn jemand so verwirrt ist, dass er nicht mal mehr seinen Nachnamen kennt, das man den dann mit „Du“ anspricht und auch mit dem Vornamen. Die sind ja, normalerweise sind das ja wie Kinder. An seinen Vornamen kann man sich vielleicht noch besser erinnern als an seine verheirateten Familiennamen. Und das ist eben nicht gestattet hier im Haus. Das finde ich ein bisschen, finde ich nicht so sehr schön. Das hat ja nichts mit Minderwertigkeit und jemanden abwerten zu tun, das hat was damit zu tun, um sich in ihn hineinzusetzen. Ansonsten, die letzte Zeit habe ich gehört, das da jemand nicht mehr zur Beschäftigung kommen durfte, weil er verwirrt ist. Das er nicht mehr in die Kirche zum Gottesdienst darf und so was kann ich nicht verstehen. Und das von der Heimleiterin aus. Ich meine wir haben nun viele solche Verwirrte und es kommen ja bestimmt noch viel mehr, dadurch dass die Leute immer älter werden und das immer mehr auftritt. Dafür sind wir nun mal ein Heim, dass wir solche Leute haben. Und da kann man nicht sagen du darfst zur Beschäftigung und du nicht. Denn es ist so schon manchmal ein Kampf die Leute zu überzeugen, dass sie überhaupt sich aufrufen und dort hingehen. Und wenn man dann noch gesagt kriegt, nee du darfst nicht, du bist nicht erwünscht. Also das verstehe ich nicht ganz.



*I: Nennen Sie diesbezüglich Stärken.*

Frau B: Es geben sich eigentlich alle Mühe. Ich meine wir sind auch ein Heim, aber so sehr viel von karitativ, das ist nicht zu erkennen.

*I: Wie äußert sich das denn beispielsweise?*

Frau B: Na schon das mit dem Bewohner.

*I: Und was würden Sie als Schwäche sehen, was verbesserungswürdig wäre?*

Frau B: Na es ist vor allem viel zu wenig Personal, würde ich sagen. Und es möchte gar niemand krank werden, ansonsten kann der andere dann auf sein „frei“ verzichten. Und da wird dann auch nicht gefragt, hier ob du was vorhast, da musst du dann dastehen. Oder die vielen Wochenenden, die man arbeiten muss, die vielen Nächte. Da wird ja auch gespart mit Nächten. Das bloß 6 Leute von der Etage dürfen bloß Nachtschicht machen im Monat. Und wenn man das auf die Tage dann verteilt, da sind das mindestens 5 und einer hat dann, wenn im Monat 31 Tage sind, der hat dann 6 Tage. Und das ist schon ganz schön schwer, sechs Nächte hintereinander arbeiten zu gehen. Dann ist das ja kein Zuckerlecken. Wir müssen Medizin setzen für die Leute und da möchte man ja auch seine Gedanken zusammen nehmen. Und wenn dann noch irgendein Vorfall ist, dann ist man in Zeitnot.

### **Anregungen für Qualitätsentwicklung**

*I: Welche Ziele in Bezug auf die Pflege sollen zukünftig erreicht werden?*

Frau B: Das eben alles ein bisschen lockerer gesehen wird, vielleicht.

*I: Von wem aus?*

Frau B: Von der Heimleitung vielleicht (-lacht-).

*I: Was sollte lockerer gesehen werden?*

Frau B: Na das man nicht gleich, wenn wirklich; wo gehobelt wird, da fallen Späne eigentlich. Und wenn wirklich jemand mal einen Fehler macht, was immer wieder mal passieren kann, das man nicht gleich mit der Holzhammer-Methode dann oder mit Kündigung droht. Ansonsten geben sich eigentlich alle Mühe. Aber es möchte eben nichts passieren.

*I: Ist das eine belastende Arbeitssituation für Sie?*

Frau B: Na für mich vielleicht nicht, aber für viele andere vielleicht, dass die irgendwie Angst haben, um ihren Arbeitsplatz. Denn mit Kritik kann ja nicht jeder umgehen.

*I: Wie meinen Sie das?*

FRAU B: NA JA MANCHER LÄSST DAS ABPRALLEN UND MANCHER DER MACHT SICH DANN GLEICH SEINE GEDANKEN. WEIL ER DENKT, OH GOTT, JETZT HAB ICH DAS WIEDER GEMACHT UND JETZT KÖNNTE ES EVENTUELL SEIN. DENN WIR SIND JA NUR BEFRISTET, SIND JA NICHT FEST ANGESTELLT. ZUM ZWEITEN MAL VERLÄNGERT. UND ES SIND JA SCHON EINIGE GEGANGEN WORDEN, WAS MAN DANN AUCH NICHT SO RICHTIG VERSTEHEN KONNTE, NA JA.

*I: Was sollte sich noch in Zukunft ändern, bezüglich der Struktur und Organisation des Hauses?*

Frau B: Ist eigentlich ganz in Ordnung so, würde ich denken.

*I: Gut ich danke Ihnen, dass war's schon. Einen schönen Arbeitstag wünsche ich ihnen!*

**Interview Nr. 17: I (Interviewer), Frau G (interviewte Mitarbeiterin)*****Berufsbiographische Angaben***

*I: Zunächst habe ich ein paar Fragen zu Ihrer Person und Ihrem Beruf.*

*I: Wie alt sind Sie?*

Frau G: Ich bin 53.

*I: Wie sind Sie zu diesem Beruf gekommen?*

Frau G: Durch ne Bekannt, die hat das Feierabendheim in X geleitet. Und sie sagte, komm' doch zu uns, wie brauchen jemanden. Wie es eben zu DDR-Zeiten war. In diesem Berufszweig mit alten Leuten wollte niemand. Na ja es gab eben andere Möglichkeiten und es war auch die Bezahlung nicht so. Aber dadurch, dass das Team gut war, hat das arbeiten auch Spaß gemacht und dann ist man eben 15 Jahre dort geblieben. Die Kinder waren noch klein und die Arbeitszeit recht gut, die konnte man auch mitnehmen. Das war kein Problem. Und die alten Leute waren damals auch noch sehr eigenständig also nicht ganz so, wie soll ich sagen, die haben sich selber noch so viel gekümmert. Die waren das einfach nicht gewöhnt, sich von bestimmten Sachen groß abhängig zu machen. Und da war das eigentlich ein gutes Klima. Na ja und dann hat man noch mal ne Umschulung gemacht zum Pflegehelfer, dass man was in den Händen hatte, was Schriftliches. Das war sonst nicht so. Und hab dann in der häuslichen Krankenpflege gearbeitet, das war sehr interessant auch. Aber wie es eben so ist, bei Wind und Wetter mit dem Auto draußen rum kutschen, also das ist nicht mein Fall gewesen. Mit dem Auto fahren, also das Auto fahren das war mein Handikap. Ja und dann hab ich schon immer gewusst, dass das Heim hier gebaut wird, das es geplant war und dann bin ich hier her.

*I: Welche Entscheidung führte dazu diesen Beruf auszuüben?*

Frau G: Also ich hab mich schon immer, von jung auf mit älteren Leuten zusammengetan. Und manchmal ist es auch so, da haben die bestimmte Sachen, wo man sag, man muss denen einfach ein bisschen helfen, Hilfestellung geben oder bisschen Zuneigung bringen, weil man wird ja auch mal alt. Und wer kümmert sich dann um dich oder wer gibt dir das zurück, was du dann auch mal gegeben hast. Und wir haben auch die Eltern zu Hause gepflegt und wir sind es auch so gewöhnt, dass immer die Generation sich dann auch um die älteren kümmert, das steckt eigentlich noch so drinne. Und ich hoffe ja, dass meine Kinder dann, also meine zwei Mädels das auch mal so machen. Das die wenn die Eltern sie brauchen dann auch mal, denn man hat sie ja auch als sie klein waren betreut. Also das ist so mein Aspekt was ich so gebe. Kann man nur, muss man irgendwie, man muss das vorleben, dass die Kinder das dann auch wieder an einem ausführen können.

***Fragen zur Bedeutung des Qualitätsmanagements und den Zielen der Arbeit: Stellenwert und Ziele der Arbeit***

*I: Was ist Ihnen als Person in ihrer Arbeit wichtig?*

Frau G: Also vor allen Dingen es muss der Rhythmus muss immer gleich bleiben, bei alten dementen Leuten. Es darf dort nichts Unvorhergesehenes rein kommen. Also keine Hektik oder irgendwie großer Wuhling, dann werden die unruhig. Und dann hast du als, hast du ein schweres Arbeiten, weil die unruhig sind, weil die nicht dir folgen, weil die mit dir abgelenkt werden. Und ich bin dafür, dass das alles ein bisschen schön gleichmäßig abläuft. Dass da konkret gesagt wird, das und das haben sie auch zu machen und das

möchten sie noch machen, weil sie eben gerade so zurückfallen, in ihrer ganzen Art. Der Mensch ist nun mal so, er wird langsam und „wenn ich das alles gemacht kriege, dann mache ich nichts mehr“ und dann werde ich träge. Und da muss ein bisschen auch ein Druck, kann schon dahinter sein. Das sie bestimmte Handgriffe noch selber tun. Natürlich, wenn's nicht mehr geht, dann geht's nicht. Aber ich bin der Meinung, es muss alles so schön im Rhythmus laufen und das ist eigentlich das wichtigste. Das immer dieses gleich bleibende, möglichst, ist. Das die wissen, das gibt's Essen, da kommt die Schwester und da werde ich versorgt.

*I: Was ist das Ziel ihrer Arbeit als Pflegekraft?*

Frau G: Also ich sage der Zustand möchte so lange wie möglich erhalten bleiben, wie sie so sich geben. Also wie er hier da ist, wie er hier rein kommt, der Heimbewohner und dass die eigentlich zufrieden sind mit sich, sie sich wohl fühlen. Und vor allen Dingen, es muss auch, der Zustand darf sich nicht verschlechtern. Ich muss sehen, im Weitblick auch, hier wird die Haut oder hier wird irgendetwas rot oder was. Da muss ich eben handeln. Das da irgendwie das nicht verschlimmert wird. Und vor allen Dingen, wenn eine Blessur da ist, dann es läuft dann immer weiter. Also um es zu verhindern, das muss man eben erkennen.

*I: Woran machen Sie Qualität in der Pflege und Betreuung fest?*

Frau G: Hm Qualität. Es wir sind eigentlich schon sehr weit. Wenn ich das so vergleicht, wie das früher ist, haben wir schon einen sehr hohen Qualitätsstand. Also die Produkte und auch so, was so geleistet wird. Das war, wenn ich das vergleichen kann gegenüber früher, ist das sehr hoch schon. Also ich wüsste nicht, von meiner Person aus, was wir könnten jetzt dort noch höher ... Ja mit den Mitteln, die wir haben, ja mit den Pflegekräften, wüsste ich nicht, was wir könnten noch machen. Da müssten wir mehr Pflegepersonal sein, um vielleicht dort noch eine Qualität höher zu kriegen, 'nen Standard, aber es geht einfach nicht. Das Geld ist nicht da.

### **Anzeichen von Qualität**

*I: Was macht eine gute Pflege und Betreuung aus?*

Frau G: Also da ist ne Frage, also es kommt eigentlich auf jeden selber drauf an, wie er eingestellt ist. Nicht nur zum Geld verdienen da ist, sondern ob er auch das gewisse Feingefühl für die Leute mitbringt. Und das man auch sagt, na ja es ist im Alter, es geht einfach nicht mehr, man kann die nicht mehr jung machen. Ich muss die Leute so nehmen.

### **Fragen zu Situationen und Verhaltensweisen von Personen an denen Qualität sichtbar wird: Beschreibung positiver critical Incidents**

*I: Welche typischen (auffallenden) Situationen aus dem Arbeitsalltag der letzten Tage sind Ihnen besonders in Erinnerung geblieben? Beschreiben Sie eine Situation wo sie denken, dass etwas gut geklappt hat zwischen Ihnen und einem Bewohner?*

Frau G: Ja, und zwar haben wir eine sehr demente Person, die Schenkelhalsbruch gehabt hat. Und wenn ich da ins Zimmer komme; sie ist sehr dement; aber wenn ich ins Zimmer komme winkt sie mir schon zu, erkennt mich und geht auf meine Wünsche, Forderungen die ich an sie stelle, dass sie aufsteht, also mir mit folgt und mir mit behilflich ist, dass sie mitmacht, in Rollstuhl sich zu setzen, dass sie das macht. Man merkt, sie gibt sich Mühe, sie tut die Hände dort lassen, obwohl sie es sonst nie gemacht hat. Sie hätte nie auf deinen

Wunsch eingegangen, sie hätte das gemacht, was sie wollte und nein, ich geb' ihr die hand dort hin, sie sollte sich dort festhalten, und sie macht das. Und also dann weiß man, sie nimmt dich ernst, sie will, und sie will sich auch in den Rollstuhl setzen und sie macht gut mit. Das finde ich sehr, wenn sie so mit macht und wenn sie so ... Das kann natürlich so die Situation sein, wenn ich heute hinkomme, das es nicht so ist. Aber die letzten zwei Tage, hat sie wunderbar mitgemacht und hat nie was dagegen unternommen. Sonst war sie aufbrausend und wollte das nicht, was man ihr sagte. Und das hat sie eigentlich die letzten Tage gut gemacht. Und das ist es eigentlich dass man dann sagt, ja mit ihr komme ich alleine zurecht. Ich brauche hier überhaupt nichts, ich brauche ihr nur ordentlich die Hand führen und ihr es sagen, da bleibt sie liegen und die andere Hand nehmen wir dorthin. Dann klappt das Aufstehen ohne weiteres.

*I: Wie haben Sie sich in dieser Situation verhalten?*

Frau G: Mit ihr auf der gleichen Basis wie immer „hallo...“ und in ihrer Art, in ihrer verständlichen Art. Mit ihr validiert, weil sie ist auf einer anderen Stufe. Auf diese muss ich mich runter begeben und muss einfach mit ihr reden. Und das mache ich auch noch mit einem anderen Patienten, also Heimbewohner. Dann rede ich eben in der Art mit ihr und dann kommt man auch zurecht. Also von wegen wie, normal kann man einfach nicht mit ihr auf der Stufe reden. Man muss einfach auf sie runter und sagen in der Vergangenheit... Ich höre hin, was haben sie so gehab ... Wer war der W.? Der W. muss irgendwie ein Mann gewesen sein, oder der Vater. Also sage „... ja W. kommt gleich ...“ Oder wir reden eben so, was sie in ihrem früheren Leben so gemacht hat. Von Zahlen, sie hat anscheinend in der Fabrik irgendwelche Zahlen gemacht, gezählt oder Produkte gezählt. Auf diese Art und Weise in der Vergangenheit kann man da irgendwie bisschen was aufbauen, dass man sie zu den Sachen kriegt, die man sie möchte: zum Essen oder zum Trinken anhalten. Ich kann ja sagen jetzt „Trink“, weil sie muss trinken, da muss ich aber irgendwo erst mal 'nen Anlauf finden, das sie mir auch folgt.

### ***Beschreibung negativer critical Incidents***

*I: Erinnern Sie sich an schwierige Situationen die für Sie belastend waren, wo etwas nicht so abgelaufen ist, wie Sie es sich vorgestellt haben.*

Frau G: Belastend ist das, wenn äh. Ja das ist eben so eine Sache. Wenn Leute, sie sind unzufrieden mit sich mit dem Haus, mit ihrem Leben, mit ihren Angehörigen kommen die nicht zurecht, ob es der Sohn ist, die können nicht loslassen oder die Kinder. Und dass sie das dann an uns auslassen und uns versuchen, man kann's so sagen, zu schikanieren. Und das ist eigentlich was ganz schlimmes. Das die uns immer auf Trab halten, banale belanglose Sachen fordernd und können eigentlich noch sehr gut alles selbst tun. Und könnten eigentlich auch froh sein, dass es so ist, weil es gibt ganz schlimmere, schlechtere Sachen. Und das ist eigentlich weniger schön.

*I: Und wie haben Sie sich in einem konkreten Fall verhalten?*

Frau G: Ich sage dann, dass ich es sagen muss, dass sie doch bestimmte Sachen, Intimbereich oder so sich selbst dann waschen. Weil das muss eigentlich nicht sein, das kann man auch noch. Was alles hinten rum ist, das ist o. k., das ist unsere Sache, aber bestimmte Sachen kann man die Leute doch anregen. Und ich sage dann, na ja gut, das ist nun mal so, da muss man es halt machen. Aber man kann nicht alles bloß, sagen wir stillschwei-

gend hinnehmen. Man muss auch den Leuten doch auf ihre Fehler kleines bisschen hinweisen.

*I: Gab es da eine konkrete Sache, weil Sie sagten, hinten rum wasche ist o. k., aber im Intimbereich müssen sie selber machen?*

Frau G: Ich würde sagen, wissen sie, sie müssen noch ein bisschen angeregt werden. Sie können nicht ... Ich seh' das manchmal so: wenn man sehr alles macht, die stellen sich dann nur noch hin und machen gar nichts mehr. Und da sage ich mir, im Intimbereich als Frau, wenn sie noch gesunde Hände und auch so noch gut sind, das könne sie sich doch vorne selbst machen. Wie es gemacht wird, ist egal, ob es dann sauber ist und ob ich dann noch mal drüber gehe, ist egal. Aber man muss doch die kleines bisschen noch selber fordern, das sie das noch wissen, das kann ich mir selbst machen. Auch das Gesicht noch mal und die Augen, das sie das nicht ganz verlernen und das sie nicht ganz sagen, das kriege ich ja sowieso gemacht. Wie es gemacht wird, ist egal, wir können es dann noch mal nach machen, dass sie auch ordentlich und adrett aussehen. Aber bisschen was anhalten müsste man schon.

*I: Und ist das eine belastende Situation, wenn jemand zu ihnen sagt, das können Sie mache, ich kriege das immer gemacht, obwohl sie es selbst machen kann?*

Frau G: Also belastend nicht direkt, aber ich würde sagen äh schwierig. Weil es muss nur eine sein die ... es muss von jeder Kraft da das angeregt werden, dass sie es machen. Nicht weil es schnell gehen muss und das es schnell fertig werden muss, mache ich es halt. Sondern mir die Zeit auch nehmen zu warten, dass sie es macht. Also das der Bewohner es auch selbst noch kann. Ich kann ja hier, das kostet Zeit, das kostet auch Geduld, aber man muss einfach noch ein bisschen fordern. Das sie es ein bisschen selbst noch mit tun. Denn irgendwie ein kleines Erfolgserlebnis, man muss auch sie loben. Wenn irgendwas klappt, ich lobe sie, ich drücke sie dann, sage ich „... man das war wieder super, was sie da gemacht haben ...“. Das regt dann an und wenn das vielleicht von jedem dann so ein bisschen gemacht wird, spürt man ... Man kann's nie wissen, wie es anschlägt. Aber die meisten reagieren da drauf auf das Lob, auf mal drücken. Das geht eigentlich.

### ***Fragen zur Qualität in der Einrichtung: Einschätzung der Pflegequalität in der Einrichtung***

*I: Wie beurteilen Sie die Qualität der Pflege in dieser Einrichtung?*

Frau G: Ja, das ist schon super hier. Also da gibt's nichts dran. Ich kann's zwar nicht so, was jetzt in den anderen Heimen so ist, aber ich würde sagen unsere Einrichtung bringt die Leistung.

*I: Nennen Sie diesbezüglich Stärken.*

Frau G: Stärken? (-Pause-)

*I: Dann frage ich anders, was sind Schwächen, was wäre verbesserungswürdig?*

Frau G: Ja möglichst noch Personal. Irgendwie, dass man eben diesen Zeitdruck nimmt. Ich nehme es mir einfach, wen ich weiß der brauch jetzt bisschen mehr Zeit, dann nehme ich mir die Zeit. Ist egal, dann muss jemand anderes ein kleines bisschen kürzer treten. Es gibt Situationen, da braucht derjenige, der heute kürzer treten muss, braucht das dann diese Zeit. Und dann nehme ich sie mir einfach. Aber es wäre eben schön, wenn man dort

könnte was machen. Und die Leute merken das auch selbst, wenn man immer husch husch muss machen, das der Zeitablauf auch stimmt. Dass eben die Arbeit in der Schicht und in der Zeit auch gemacht werden muss, das merken die auch, dass es eben dann schnell gehen muss. Das ist es eigentlich auch immer, Dort wo gespart wird an Personal, leidet die Qualität.

### **Anregungen für Qualitätsentwicklung**

*I: Welche Ziele in Bezug auf die Pflege sollen zukünftig erreicht werden?*

Frau G: Ziele? Tja, wie es jetzt ist, ich wüsste nicht was wir da könnten noch irgendwie, von meiner Warte aus ... wüsste ich nicht, was wir das könnten noch verbessern. Mit dem vorhandenen was wir haben, das wüsste ich nicht, wie wir das sollten hinkriegen.

*I: Was sollte sich noch in Zukunft ändern, bezüglich der Struktur und Organisation des Hauses?*

Frau G: Da fällt mir jetzt nichts weiter ein. Das einzige, was ich mir, was ich würde empfehlen, äh das wäre für die Mitarbeiter mal in Anständen einfach ohne das irgendwelche Sachen Folgen hat, das jemand da ist, der den Mitarbeiter auch bestimmte Sorgen, Sorgen kann er ihnen nicht abnehmen, aber mal anhören. Den Stress, den was man aufgebaut hat, dass man das sich von der Seele reden kann und das brauch', nicht. Manchmal kann man das ändern, aber es möchte so sein, das man sagt, einfach, gut wie zur Beichte. Das man irgendwie auch den Mitarbeitern ... sagen „... jetzt konnte ich mich aber mal richtig absprechen. Jetzt konnte ich mir das mal von der Seele reden ...“ Das der Stress wekommt. Das man was sich da aufbaut in dem Zeitdruck, in den vielen belastenden Situationen, wenn die Leute so gar so dement sind und auf dich so eingehen oder was. Und hinterher kann ich sagen, das tat mir gut darüber zu reden. Und das das nicht immer so ernst dann genommen wird, wenn man sagt „... och jetzt heut hab ich es aber satt gehabt mit der ...“ oder „... immer wieder dasselbe ...“. Das man das dann unterm Personal dann nicht bloß abgewertet wird als „... na das ist nun mal so, da kannst nicht dran ändern die sind nun mal alt ...“. Nee, das muss so verstanden werden, dass man das einfach mal runter nimmt, nicht mit nach Hause nimmt und aufbaut, immer größer wird und dann die Nerven am Ende sind beziehungsweise das man dann irgendwo krank wird. In solchen Berufen ist das auch sehr nützlich, wenn man bestimmte Sachen kann.

*I: Und sollte es dann eine Person fürs Haus geben oder wie kann man sich das vorstellen?*

Frau G: das habe ich mir auch schon hin und her überlegt. Wer könnte das dann übernehmen, Wer könnte neutral sein, so dass das nicht irgendwie, sage ich mal, die ist gar nicht geeignet beziehungsweise die ist der Belastung nicht mehr ... Wissen Sie, das das nicht dann so ist ... Das das eben nicht diese Art ist. Ich wüste es nicht wie, habe ich mir auch schon gedacht. Es müsste irgendwo sein, das das Personal sich, also die se Leute irgendwo könnten sich einmal bestimmte Sachen ... Das das sich nicht aufbaut. Denn Stress, Belastung, das wissen wir ja jetzt alle, das macht auch krank. Und in Pflegeberufen, wie man so immer die Statistik sieht, sind die Krankenstände auch sehr hoch. Das ist eigentlich was ich mir so durch den Kopf gehen lasse, was man könnte hier irgendwie reinbringen. Das jemand da ist, der zuhört, dass man sich das mal von der Seele redet.

*I: Dankeschön für das Gespräch und das sie sich die Zeit genommen haben.*

**Interview Nr. 18: I (Interviewer), Frau F (interviewte Mitarbeiterin) (sehr schlecht verständliches Interview)**

***Berufsbiographische Angaben***

*I: Zunächst habe ich ein paar Fragen zu Ihrer Person und Ihrem Beruf.*

*I: Wie alt sind Sie?*

Frau F: Ich bin 41.

*I: Wie sind Sie zu diesem Beruf gekommen?*

Frau F: Wie soll ich das sagen. Ich hab ne Umschulung gemacht, bin jetzt erst fertig geworden, im Herbst und hab mich auch selber drum bemüht und hatte eigentlich schon mal Anlauf genommen. Hatte aber in meinem alten Beruf wieder Arbeit gefunden. Das hab ich bisher gemacht, aber dann wurde ich im Prinzip zu alt für meinen Beruf.

*I: Was haben Sie gemacht vorher?*

Frau F: Ganz zu letzt habe ich in 'ner Druckerei gearbeitet. Ich hab aber Gebrauchswerber gelernt, also in der Werbung. Aber dort wollen sie junge Leute. Ich hab aber im Prinzip, bevor ich in der Druckerei angefangen hab, nach dem ersten Kind, hatte ich schon mal so, ach nee, das war nach dem zweiten Kind, hatte ich schon mal mir Gedanken drüber gemacht, was denn für mich günstig wäre. Ich wollte auf keinen Fall an 'ner Maschine sitzen und dann bin ich dazu gekommen.

*I: Warum sind Sie in dieser Einrichtung tätig?*

Frau F: Ich hab mich beworben und bin auch angenommen worden, ja. Das hat jetzt keine weiteren, anderen Hintergründe.

*I: Welche Entscheidung führte dazu diesen Beruf auszuüben?*

Frau F: Das hab ich im Prinzip ja schon gesagt. Das war so ne lange Überlegung. Mit Menschen umgehen, einfach so wie sie sind, der Umgang mit Menschen, alten halt.

*I: Waren Sie bereits in anderen pflegerischen Zusammenhängen tätig?*

Frau F: Überhaupt nicht.

*I: Also ist dieses Haus, das erste wo sie arbeiten?*

Frau F: Nee im Praktikum, war ich ja, während der Ausbildung woanders, aber sonst überhaupt nicht.

***Fragen zur Bedeutung des Qualitätsmanagements und den Zielen der Arbeit: Stellenwert und Ziele der Arbeit***

*I: Was ist Ihnen als Person in ihrer Arbeit wichtig?*

Frau F: An meiner Person?

*I: Nein, was ist Ihnen als Person an ihrer Arbeit wichtig?*

Frau F: (-überlegt-) Na ja, das man hier abends raus geht und zufrieden ist, was man gemacht hat. Das man merkt, dass man vielleicht auch Anerkennung kriegt von allen Seiten und auch von den alten Menschen, oder von der Leitung. Von Kollegen, das man gut mit ihnen klar kommt.



*I: Was ist das Ziel ihrer Arbeit als Pflegekraft?*

Frau F: Na, ja, ist im Prinzip das gleiche. Also, den alten Menschen da so das bestmögliche im Alter und den letzten Jahren möglichst das Lebensziel zu ermöglichen. Und die bauen sehr ab, und es ist ein großer Verlust, wenn die jetzt in das Heim kommen, an Lebensqualität sowieso, das ist immer so.

*I: Woran machen Sie Qualität in der Pflege und Betreuung fest?*

Frau F: Das ist vieles und sehr umfangreich.

*I: Erzählen sie einfach ein paar Sachen.*

Frau F: Erst mal das rein fachliche. Die medizinische Versorgung, hängt nicht bloß von uns ab, die hängt genauso von den Ärzten ab, denn ohne Ärzte läuft bei uns auch nicht viel. Und dann vom Haus halt her, vielleicht wie die Einrichtung aufgebaut ist, wie man es für die Leute annimmt, dann das ist ja auch Qualität halt. Die Angehörigen, wie die mit ihren, sich einbringen auch für ihre ... Wenn die sich halt nicht sehen lassen und dann fehlen sie auch ein Stück. Oder wenn sie jetzt immer noch ein bisschen ihre Persönlichkeit bewahren könnten, die älteren Menschen. Und was dann halt, auch selber zwischenmenschlich, dass das klappt. Also dass man sich versteht oder dass die merken, man meint es gut und ... Also dass die hier auch einen Ansprechpartner haben in uns.

*I: Und was sollte vom Haus vorhanden sein, dass es angenehm wird für den alten Menschen?*

Frau F: das ist sehr schwierig, das kommt auf jeden Menschen selber an. Also erst mal die Beschäftigung das wird ja schon gemacht, die wird aber nicht von jedem wahrgenommen, weil es auch nicht jeder macht. Das ist eigentlich ganz normal, Manche sind Einzelgänger, die wollen immer nur für sich sein. Aber das das eben auch an uns liegt und dazugehört. Was mir manchmal fehlt, aber das fehlt überall ein bisschen, das die Individualität nicht mehr da ist. Also was die vielleicht früher mal zu Hause gemacht haben, ich weiß nicht, ob sie überhaupt noch viel gemacht haben. Vielleicht haben sie auch nicht mehr viel gemacht. Es werden zwar die Möbel alles mitgenommen, aber das sind die Gegenstände, aber mit den Gegenständen kann man eigentlich nichts anfangen. Und das was sie vielleicht noch getan haben, zu Hause, na ja das ist aber auch ... Vielleicht eher für die Angehörigen, die da im Prinzip auch mehr gefragt werden, die wissen es besser. Ob sie jetzt gestrickt haben, oder eben da fehlt das individuellen, aber das man das doch irgendwie gesagt bekommt. Aber das ist überall so, habe ich den Eindruck. In meiner anderen Einrichtung, ich mein die waren nicht schlecht, die waren sehr gut auch, ich will darüber nicht meckern, aber eben das fehlt ein Stückel. Das die in das Heim kommen und dann verlieren die ihre Individualität. Weiß ich nicht, und das ist in unserm Haus nicht anders. Mein persönlicher Eindruck.

*I: Und wie könnte man das ändern?*

Frau F: Na das einfach was mitgebracht wird, erst mal, von zu Hause. Grade an solchen Dingen. Nur die Angehörigen, wir als Außenstehender können es nicht sagen, was die gemacht haben. Oder ob sie wirklich nichts mehr gemacht haben.

**Anzeichen von Qualität**

*I: Was macht eine gute Pflege und Betreuung aus?*

Frau F: Na ja im Prinzip tu ich mich ständig wiederholen. Das hatte ich schon gesagt, eingehen auf die Menschen, auf die persönlichen Dinge, auf ihre Eigenheiten, auf die Krankheiten. Das Miteinander überhaupt.

*I: Mit dem Bewohner?*

Frau F: Hm, dann eben das fachliche. Das man eben darauf achtet, was eben an Krankheiten ist oder was sich daraus ergeben kann, was man rechtzeitig bemerken muss.

**Fragen zu Situationen und Verhaltensweisen von Personen an denen Qualität sichtbar wird: Beschreibung positiver critical Incidents**

*I: Welche typischen (auffallenden) Situationen aus dem Arbeitsalltag der letzten Tage sind Ihnen besonders in Erinnerung geblieben? Beschreiben Sie eine Situation wo sie denken, dass etwas gut geklappt hat zwischen Ihnen und einem Bewohner?*

Frau F: Das ist schwierig, weil es gibt immer mal wieder Situationen, wo man sagt, das hat gut geklappt und die vergisst man dann wieder. Also ich kann mir das nicht merken. Das letzte war jetzt, wo ich dachte, das war gut. Da sie sich alle meinen Namen nicht merken können und eine Frau hat sich das immer an einem Lied gemerkt und die andere konnte sich's auch nicht merken. Hatte aber dann mitgekriegt, dass der Sänger von dem Lied, dass die den mag und die hatte einen Stapel Kassetten. Und dann hab ich der das gesagt und seitdem merkt die sich meinen Namen. Das sind solche Sachen, wo man sagt, Mensch ... Aber so, das sind manchmal Sachen, die klappen dann gut und es gibt mal ein Erfolgserlebnis.

*I: Wie haben Sie sich in dieser Situation verhalten?*

Frau F: Na ich hab ihr das gesagt, dass die andere Bewohnerin an den Sachen merkt. „Sie sind doch Roy Black Fan, der singt doch auch das Lied. Die Frau X, die merkt sich das immer.“ Und da hat sie sich das dann gemerkt. Das war der Auslöser halt. Das klappt nicht überall. Und das wird auch nicht immer klappen, wie bei den zweien.

**Beschreibung negativer critical Incidents**

*I: Erinnern Sie sich an schwierige Situationen die für Sie belastend waren, wo etwas nicht so abgelaufen ist, wie Sie es sich vorgestellt haben.*

Frau F: Na das ist ja gerade so mit den Dementen, da klappt meistens das nicht so, wie man sich's jetzt vorstellt. Also ich denke mal, da muss man von seinen Vorstellungen abkommen und die Situation einfach so nehmen, wie sie ist. Weil man die eh nicht lenken und leiten kann. Etwas schon, aber man kann jetzt nicht denen den eigenen Willen aufzwingen. Das geht nicht.

*I: Gibt es eine konkrete Situation, mit einem dementen Bewohner, die sie beschreiben können?*

Frau F: Na ich weiß nicht was ich dazu sagen soll. Das ist ja auch das man ... Man sollte irgendwie versuchen, das anders hinzukriegen, aber...

*I: Und wie verhalten Sie sich in so einer Situation?*

Frau F: Na erst mal überlegt man, warum macht der das jetzt. Und wenn er jetzt nicht will, guckt man später noch mal.

*I: Was war das Ergebnis dieser Situation durch Ihr Verhalten?*

Frau F: Er reagiert dann einfach und es geht auch auf einem anderen Weg manchmal. Also das sind wirklich ... Es gibt da kein Rezept. Bei manchen merkt man dann schon mal, oder mit der Zeit, wenn man sie dann kennt, auf das spricht er an, auf das wieder nicht. Wenn man die Biographie kennt, kann man auch manchmal noch ein bisschen was ... Wenn man weiß, aha das ist deshalb.

### ***Fragen zur Qualität in der Einrichtung: Einschätzung der Pflegequalität in der Einrichtung***

*I: Wie beurteilen Sie die Qualität der Pflege in dieser Einrichtung?*

Frau F: Das ist schwer, muss ich sagen. Da kann ich mir eigentlich kein großes Urteil erlauben. Ich kenne ja nur diese Einrichtung und da wo ich die zwei Jahre Ausbildung gemacht habe. Und da gibt's keine große Vergleichsmöglichkeit.

*I: Nennen Sie Stärken der Pflegequalität.*

Frau F: (-überlegt-) Ob das jetzt ne Stärke ist. Man bemüht sich ja, da beste zu machen. Aber letzten Endes, das wird ja wo anders auch gemacht. Von der Jahreszeitlichen Gestaltung und so wird auch viel getan uns so was. Ob nun das andere jetzt, was fachliche Betreuung ist, das wird wie überall ja ... Das es dem Heimbewohner gut geht und Mängeln an Gesundheitszustand vorgebeugt wird.

*I: Und was würden Sie als Schwäche sehen, was verbesserungswürdig wäre?*

Frau F: (-überlegt-) Man hat manchmal so kleine Ansatzpunkte, wo man sag man, das könnte man noch anders machen und das, aber das vergisst man dann wieder. Und man versucht das ja dann mitunter auch gleich abzustellen, wenn man es selber machen kann.

### ***Anregungen für Qualitätsentwicklung***

*I: Welche Ziele in Bezug auf die Pflege sollen zukünftig erreicht werden?*

Frau F: Hier im Haus oder allgemein?

*I: Hier im Haus.*

Frau F: Na das ist mitunter nicht umsetzbar, da fehlt einem ja die Zeit. Na das hängt nicht mit dem Haus zusammen sondern im Prinzip allgemein zusammen, dass man noch individueller auf die Leute eingehen sollte, das man doch mal mehr als bloß das nötigste machen kann. Das hängt alles mit den Pflegesätzen zusammen.

*I: Was sollte sich noch in Zukunft ändern, bezüglich der Struktur und Organisation des Hauses?*

Frau F: Also ich hab das in dem andern Heim, wo ich gelernt hab anders erlebt, dass die Reinigungskräfte im Prinzip vom Haus angestellt waren. Die hatten ein ganz anderes Verhältnis zu den Bewohnern. Was ich nicht so gut finde hier. Dadurch wurden die Reinigungskräfte mitunter auch einbezogen. Die haben auch mal einen kleinen Auftrag gekriegt, sich mal um die Leute zu kümmern. Vielleicht mal mit zum Fahrstuhl zu fahren

und so Sachen. Die haben die dann auch gekannt, die Leute und sind dann nicht so unbekannt in die Zimmer rein. Ich hab den Eindruck, das wird hier als störend empfunden von den Leuten, ich weiß es nicht, wenn die kommen, weil die von außerhalb angestellt sind.

*I: Wann kommen die Leute hier?*

Frau F: Die kommen jeden Tag vormittags.

*I: Gut ich danke Ihnen, dass war's schon.*

**Interview Nr. 19: I (Interviewer), Frau W (interviewte Bewohnerin)**

***Berufsbiographische Angaben***

*I: Wie alt sind Sie?*

Frau W: Ich bin 88. Ich werde im März 99, äh ich meine 89.

*I: Das ist ja schon ein recht hohes Alter. Aber dafür sind Sie noch ganz schön fit, wie ich sehe!*

Frau W: (-lacht-) So schlimm ist es nimmer...

*I: Wie lange wohnen bereits hier im Heim?*

Frau W: Seit 1. März.

*I: Dieses Jahr?*

Frau W: Hm.

*I: Warum sind Sie hier her gekommen?*

Frau W: (-den Tränen nahe-) Weil ich zu Hause so alleine bin.

*I: Und fühlen Sie sich jetzt hier wohl?*

Frau W: Ja. Meine Tochter geht ja arbeiten und da kann ich ja nicht verlangen, dass sie den ganzen Tag bei mir bleibt.

*I: Na dann ist es doch ne Abwechslung, dass ich mit Ihnen mal ein Gespräch führe.*

***Fragen zur Bedeutung des Qualitätsmanagements und den Zielen der Arbeit:  
Anzeichen von Qualität***

*I: Was ist Ihnen wichtig in der Pflege und Betreuung hier im Haus?*

Frau W: Was wichtig ist?

*I: Hm.*

Frau W: Na ja, eigentlich, wie soll ich denn das sagen?

*I: Was ist Ihnen wichtig, was die Pflegekräfte machen?*

Frau W: Die machen ja alles. Das ist verheerend was die leisten.

*I: In positiver Weise?*

Frau W: Ja.

*I: Was macht eine gute Pflege und Betreuung aus?*

Frau W: sehr wichtig.

*I: Nee, was muss gemacht werden, um ne gute Pflege zu leisten?*

Frau W: Na die machen ja alles, was der Patient verlangt. Aber so lange, wie ich es mir selber machen kann, mache ich es mir selber. Aber wer es nicht kann ...

*I: Ist das wichtig für Sie, das sie so viel noch selber machen können?*

Frau W: Nu ja freilich. Das ist dann eben nicht ganz so abgeschottet.

I: Wie fühlen Sie sich hier gepflegt und betreut?

Frau W: Sehr gut.

***Fragen zu Situationen und Verhaltensweisen von Personen an denen Qualität sichtbar wird: Beschreibung positiver critical Incidents***

I: Beschreiben Sie mir Situationen, in denen sie gut betreut und gepflegt wurden?

Frau W: Na wie soll ich denn sagen. Also man kann ja verlangen, was man will, die machen ja alles.

I: Können Sie mir eine Situation beschreiben, wo Sie was verlangt haben und was gemacht wurde?

Frau W: Nee, aber wenn ich was verlange, wenn ich was brauche. Die baden, die waschen wenn ich will. Oder ich wasch mich ja selber. Machen ja alles die Schwestern.

I: Wie verhalten sich die Pflegekräfte, wenn sie Sie baden, beispielsweise?

Frau W: Sehr gut.

I: Und was machen die da genau?

Frau W: Wenn ich mich praktisch selber waschen kann, wasche ich mich ja selber. Was der Rücken und so, das machen die alles. Die waschen alles.

I: Und wie gehen die mit ihnen um?

Frau W: Sehr gut.

I: Was tun die da genau?

Frau W: Na ja, was tun die genau. Die helfen mit ausziehen und wieder anziehen und das alles (-lacht-). Weil's nicht mehr so schnell geht.

I: Was war das Ergebnis, wenn Sie gebadet wurden?

Frau W: Na ja, ich freue mich halt, dass sie sich so um die Patienten kümmern. Das bin ja nicht nur ich, sie sind ja auch für andere da. Das die alle dran kommen. Egal wie sie beschaffen sind.

***Beschreibung negativer critical Incidents***

I: Gibt es ne Situation, die problematisch oder schwierig für Sie war, hier im Haus?

Frau W: Ja, anfangs schon. Am Anfang war es...

I: Was war da so schwierig, können Sie mir das beschreiben?

Frau W: Na ja, man ist halt von zu Hause weg. (-den Tränen nahe-) Man musste ja alles stehen und liegen lassen. Und dann musste man ja mit den Patienten wieder, sind eben doch nicht alle so friedlich, will ich mal sagen. Muss man eben viel einstecken.

I: Von anderen Bewohnern jetzt?

Frau W: Ja.

*I: Was denn zum Beispiel?*

Frau W: Als ich heut früh hier ... Ich hab eine Nachbarin, die ist halt sehr. Die heißt mich gleich „... alte Kuh ...“ oder „... blöde Gans ...“. Und das muss man halt alles so wegstecken. Weil die ... Mein Sohn, ich hab ja zwei Söhne da, und der sagt, die sind nicht ganz, die wissen nicht was sie sagen. Na wenn die zu mir „alte Kuh“ sagt, das wissen die nicht.

*I: Wie verhalten sich die Pflegekräfte, wenn Sie das erzählen?*

Frau W: Ich erzähl's denen nicht.

*I: Und kriegen die so ne Situation mit, die Pflegekräfte?*

Frau W: Oh ja. Weil die es ja zu der Pflege, zu denen auch sagen.

*I: Und wie verhalten sich die Pflegekräfte, was machen die da?*

Frau W: Ganz, ganz souverän. Also ganz ... Man muss sich wirklich wundern, dass sie sich das gefallen lassen. Würde mir als, wenn ich so ... würde es mir nicht gefallen lassen.

*I: Was würden Sie machen?*

Frau W: Na ich würde sie vielleicht. Vielleicht würde ich sagen „... so was sagt man denen nicht“.

*I: Wenn die andere Bewohnerin zu Ihnen so was sagt, was ist Ergebnis dieser Situation?*

Frau W: Na ja, ich halte mich halt zurück. Und tu mich nicht mehr befassen mit der. Das ist das einzige, was man machen kann.

*I: Gibt es Situationen, die sie beschreiben könnten, wo sie schlecht betreut wurden?*

Frau W: Für mich persönlich nicht. Kann ich nicht sagen.

***Fragen zur Qualität in der Einrichtung: Einschätzung der Pflegequalität in der Einrichtung***

*I: Wie beurteilen Sie die Qualität der Pflege und Betreuung in dieser Einrichtung?*

Frau W: Also ich würde ja sagen sehr gut.

*I: Und was ist da besonders gut?*

Frau W: Das Essen ist gut. Und die Wäsche kriegt man gewechselt. Also so oft, wie man will, kann man abgeben. Und die Bettwäsche kriegt man aller Monate mal gewechselt. Und die Handtücher aller 8 Tage. Das ist schon viel wert.

*I: Und was denken Sie, könnte noch verbessert werden?*

Frau W: Also ich würde sonst nichts verbessern. Ich würde nur, wenn ich zu Beispiel was sagen könnte. Ich würde den Patienten, gerade so, wie die eine mich so beleidigt. Weil ich ja auch mein ganzes Leben niemanden so beleidigt habe. Ich würde denen halt sagen „...so das macht man nicht, oder sagt man nicht ...“. Die müssten die Konsequenzen ziehen.

*I: das müssten die Pflegekräfte dann sagen, zu der anderen Frau?*

Frau W: Ja das müssten die Pflegekräfte.

*I: Aber wenn Sie das den Pflegekräften gar nicht erzählen, wie die mit ihnen umspringt?*

Frau W: Na es gibt ja vielleicht Situationen, wo ich es dann würde sagen. Aber so weiß ich ja, dass es nichts nützt.

*I: Also müssten die Pflegekräfte auch konsequenter zu anderen sein und sagen So was macht man nicht...*

Frau W: ... na ja so was sagt man nicht, oder was.

### ***Anregungen für Qualitätsentwicklung***

I: Was sollte sich in der Zukunft ändern?

Frau W: Also ich will mal sagen, sauber ist alles. Sauber wird gemacht. Ich kann nichts sagen.

*I: Das war's schon. Ich danke Ihnen, dass Sie sich die Zeit genommen haben. Jetzt hab ich sie von ihrem Ballspiel abgehalten.*

Frau W: (-lacht-) Das macht doch nichts.



**Interview Nr. 20: I (Interviewer), Frau X, Herr X (interviewte Bewohner)*****Berufsbiographische Angaben***

*I: Wie alt sind Sie jeder?*

Herr X: 85.

Frau X: Und ich 81.

*I: Wie lange wohnen Sie bereits hier im Heim?*

Frau X: Oh, einen Monat vielleicht.

Herr X: Ja.

*I: Haben Sie vorher in einem anderen Heim gewohnt?*

Frau X: Ja. Im betreuten Wohnen.

Herr X: In S., im betreuten Wohnen.

*I: Warum sind Sie hier her gekommen?*

Frau X: Weil wir nicht mehr konnten. Ich konnte nicht mehr. Ich hab Parkinson und ich kann keine Wäsche und nichts mehr. Wir sind eigentlich ungern gekommen. Na wenn man die Heimat verliert.

*I: Und wie fühlen Sie sich jetzt hier im Heim, gefällt es Ihnen?*

Herr X: Mir gefällt es nicht.

*I: Was gefällt Ihnen denn nicht?*

Herr X: Einsam. Mussten...

Frau X: Es war für uns zu schnell die Wohnung aufzugeben. Wir haben gedacht in einem Jahr. Derweilen war das in 14 Tagen erledigt. Und das tut noch tüchtig weh.

*I: Das kann ich verstehen*

Frau X: ...wenn man kein zu Hause mehr hat.

Herr X: Wissen Sie, die ganze Atmosphäre fehlt mir, die ich zu Hause hatte. Das ist alles hier nicht der Fall.

Frau X: Na ja, aber ansonsten ist es schon...

Herr X: So kann ich nicht klagen. Essen ist gut.

Frau X ... wunderbar.

Herr X: Auch das Personal ist freundlich, hilfsbereit. Aber die Heimat fehlt mir. Da kann ich mich hier noch nicht so dran gewöhnen.

*I: Das kommt dann sicher mit der Zeit...*

Herr X: Na man hofft's.

***Fragen zur Bedeutung des Qualitätsmanagements und den Zielen der Arbeit:  
Anzeichen von Qualität***

*I: Was ist Ihnen in der Pflege und Betreuung wichtig?*

Herr X: Also betreut werden wir eigentlich gut.

Frau X: Das muss ich auch sagen.

Herr X: Muss ich sagen, da haben wir keine Sorgen. Essen ist gut, Personal ist freundlich, hilfsbereit.

*I: Was macht eine gute Pflege und Betreuung aus? Was ist wichtig für eine gute Pflege und Betreuung?*

Frau X: Na das sie freundlich sind. Sehr freundlich ...

Herr X: ... und hilfsbereit.

Frau X: ... und hilfsbereit. Und das sind sie. Wenn man mal nicht kann, da bringen sie eben das Essen hier her. Also das kann man nicht sagen.

*I: Wie fühlen Sie sich hier gepflegt und betreut?*

Frau X: Auch gut.

***Fragen zu Situationen und Verhaltensweisen von Personen an denen Qualität sichtbar wird: Beschreibung positiver critical Incidents***

*I: Beschreiben Sie mir Situationen, in denen sie gut betreut und gepflegt wurden?*

Frau X: Na da kann ich nur sagen, wenn ich mal stürze, da ist sofort jemand da. Wie gestern, die heben mich hoch, da kommen sie alle. Gucken, ob irgendwas ist. Und kommen dann auch gucken. Also da kann man nicht meckern.

*I: Beschreiben Sie genau, wie sich die Pflegeperson dabei verhalten hat?*

Frau X: Aufheben. Gucken, ob ich was gebrochen hab. Ins Bett legen, fragen wie es mir geht. Zudecken und dann kommt immer mal wieder einer und guckt.

*I: Was war das Ergebnis dieser Situation?*

Frau X: Ja gestern, da bin ich auf den Steiß geflogen.

Herr X: Na, ja Schmerzen hat sie immer noch.

Frau X: Ja, hab ich immer noch.

Herr X: Sie ist ja nun schon paar Mal umgefliegen.

*I: Und warum passiert das, dass Sie umfallen?*

Frau X: Na ich weiß auch nicht, das ist der Rollator. Der geht dann rückwärts ab. Und da muss ich rückwärts laufen. Hier draußen, aus dem Bad raus, rückwärts. Und da bin ich schnell und auch nicht zu bremsen. Komme aber mit den zwei nicht zurecht, bremsen nur mit einer. Da hat es mich in die Ecke gehauen und der ist dann umgefliegen, der Rollator.

*I: Kam dann auch jemand und hat Ihnen geholfen?*

Frau X: Ich hab gerufen.

***Beschreibung negativer critical Incidents***

*I: Gibt es eine Situation an die Sie sich erinnern können, in der Sie schlecht gepflegt und betreut wurden? Oder, wo etwas schief gelaufen ist, eine schwierige Situation und wie hat sich die Pflegekraft dabei verhalten?*

Herr X: Na ja im betreuten Wohnen in S., war das nicht so gut wie hier. Es waren zwar auch Schwestern, aber die musste man erst rufen und die waren nicht immer erreichbar. Vor allen Dingen nachts nicht. Denn wenn nachts irgendwas war, musste man den Notruf anrufen und das kamen die von A oder B. ...

Frau X ... und dann durfte man 40 Mark bezahlen.

Herr X: ... und dann konnte man 40 Mark bezahlen.

*I: Und gab es hier mal eine Situation, wo sie schlecht gepflegt wurden?*

Frau X: Nee.

Herr X: Nee. Das kann man nicht sagen.

Frau X. Also das kann man nicht sagen. Sind alle nett. Höflich und nett und ... Also das gibt's nicht.

***Fragen zur Qualität in der Einrichtung: Einschätzung der Pflegequalität in der Einrichtung***

*I: Wie beurteilen Sie die Qualität der Pflege und Betreuung in dieser Einrichtung? Sie haben ja Vergleiche, was würden Sie sagen?*

Frau X: Ich würde sagen, die machen ihre Arbeit. Wenn wir klingeln, kommen sie. Also ich würde sagen gut.

*I: Gibt's Sachen, die besonders gut sind?*

Frau X: Zum Beispiel hatte ich Geburtstag. Da kommen sie ein Lied singen. So ein bisschen familiär.

Herr X: Na ja und dann machen sie immer Veranstaltungen. Gerade sind sie auch unten. Aber da gehen wir nicht hin.

*I: Und warum nicht?*

Herr X: Ich hab kein Interesse.

I: Welche Veranstaltungen würde sie mehr interessieren?

Herr X: Nee.

Frau X: Wir sind da schon in dem Alter, wo man nicht mehr so ... Wir sind früher überall gewesen, wo was los war. Das ist schlagartig jetzt, durch den Auszug ist das schlagartig jetzt zurückgegangen. Auch mit dem fernsehen. Man kann ja fernsehen, interessiert uns nicht mehr.

*I: Und warum nicht?*

Frau X: Na weil, man hat ja keine Kontakt mit der Heimat mehr.

*I: Gehen Sie hier im Gelände mal raus. R. und B. ist ja ein Ort. Können Sie sich hier frei bewegen und mal raus gehen?*

Herr X: Kann man. Ich war zum Beispiel im elektrischen Rollstuhl, ich fahr auch nach S. rein.

*I: Da ist doch die Heimat noch da.*

Herr X: Ja, aber abends nicht. (-lacht-)

Frau X: Das einzige, was fehlt, was ich sagen würde, wäre mal so ein kleiner Einkaufsservice. Wissen Sie, man hat mal Appetit auf was. Man möchte mal ... Ich wollte neulich, hatte ich so einen Appetit auf ne Semmel mit Hackepeter. Da musste eben warten, bis die Tochter kommt. Es gibt so Situationen, wie der Vater, in der Nacht hat er Hunger.

Herr X: Gucken Sie mal, wo ich noch im betreuten Wohnen bin, nachts, ist eigentlich nie vorgekommen, dass ich Hunger hatte. Aber diese Nacht hatte ich so einen Hunger. Da hatte ich im betreuten Wohnen, in der eigenen Wohnung hatte ich meine, eine ...

Frau X: ... Mikrowelle.

Herr X ... Mikrowelle. Da bin ich aufgestanden und hab mir was gemacht. Oder ein Spiegelei gemacht, abends. Das ist hier nicht der Fall.

*I: Und das wäre etwas, was sich ändern müsste?*

Herr X: Na ja, wenn man mal 'nen Bedarf, irgendwas hätte. Zum Beispiel haben wir gefragt, „... machen Sie mir mal ein Spiegelei?“ Nee das dürfen Sie nicht machen.

*I: Und warum nicht?*

Herr X, Die Hygiene, sagt sie, lässt es nicht zu. Und das ist das Persönliche, was dann hier fehlt.

### **Anregungen für Qualitätsentwicklung**

*I: Was sollte sich noch in der Zukunft ändern?*

Frau X: Ich weiß nicht. Gucken Sie mal, wie kommen auch mit den anderen, die gehen ja alle schon um sechs ins Bett.

*-Störung durch einen Pfleger-*

*I: Sie wollten mir gerade erzählen, was sie noch ändern würden.*

Herr X: Bloß der Arztbesuch dauert alles hier zu lange. Eh die mal wieder kommen. Gucken Sie mal, die ist jetzt schon vier Wochen nicht mehr hier gewesen. Und man braucht mal was.

Frau X: Einreibung oder was. Oder der Opa wollte ne Schlaftablette haben.

Herr X. Die haben nicht mal ne Schlaftablette hier.

Frau X: Na die geben sie nicht raus, die Schwestern. Die sagen dann das müssen wir mit der Frau Doktor regeln, dass die eben dann mal öfters zu uns kommt. Bilden wir uns ein, dass sie kommt.

*I: Und kommt die dann öfters, wenn sie sie ansprechen?*

Frau X: Also wo wir im betreuten Wohnen waren, kam sie sofort, wo wir angerufen haben.

Herr X: Und hier ist das nicht der Fall. Hier kommt sie nur turnusmäßig, zwischendurch kommt die nie.

*I: Brauchen Sie den Doktor zwischendurch?*

Herr X: Ja zwischendurch braucht man ihn ja mal.

*I: Und warum?*

Herr X: Man brauch mal irgendwas aus der Apotheke, brauchen mal ein Rezept.

Frau X: Wir brauchen Einreibungen und wir brauchen mal ne kleine Schmerztablette, ne einfache. Wie ich gestern Abend, durch den Sturz.

Herr X: Ich habe, bin ja Diabetiker. Die letzte Zeit sehe ich sehr schlecht. Und Fernesehen hab ich überhaupt kein Interesse mehr, weil es Bild alles verschwommen ist. Und da war der Optiker hier, der hat mir ne Brille gemacht, die bringt auch nichts. Und da muss ich noch mal zum Augenarzt erst. Und zum Augenarzt kriegen sie einen Termin in einem  $\frac{3}{4}$  Jahr. Ein  $\frac{3}{4}$  Jahr und dann sitzen sie 4 Stunden im Wartezimmer, eh sie dran kommen. Das sind alles solche Belastungen, persönliche Belastungen. Dort müsste was geändert werden.

*I: Und sollte sich hier im Heim noch was ändern?*

Frau X: Nee. Im Heim brauch sich nichts zu ändern. Ist alles in Ordnung.

*I: Danke, das war's schon. Ich danke Ihnen für das Gespräch.*

**Interview Nr. 21: I (Interviewer), Frau Y (interviewte Bewohnerin)*****Berufsbiographische Angaben***

*I: Wie alt sind Sie?*

Frau Y: Ich werde dieses Jahr noch 88.

*I: Wie lange wohnen und leben Sie bereits hier im Heim?*

Frau Y: Seit Februar vergangenen Jahres (2004).

*I: Warum und unter welchen Umständen sind Sie hier her gekommen?*

Frau Y: Ich bin ... Ich habe erst in X gewohnt und bin eben dann vom Arzt aus hier eingewiesen worden. Ich hatte Wasser in den Beinen und das Augenlicht, das stellte sich dann später ein. Mit dem Augenlicht, dass ich immer schlechter sehen kann. Na und da bin ich dann 5 Jahre in X gewesen in dem Alterseim Haus 1, nannte sich das. Und ich muss sagen, ich war dort auch zufrieden. Aber nun war es bei mir so: meine Verwandten die wohnen hier in Y und in Z und die besuchten mich natürlich gern, aber der Weg war zu weit. Die vielen Kilometer, die sie da mit Benzin zu verfahren hatten, wo das Benzin ne Rolle spielte. Zeit hatten sie auch nicht immer. Na ja und da sagten sie, es wäre das Beste, wenn du gleich hier in unsere Nähe kämst. Und da wurde das Heim hier gebaut und meine Großnichte, die ist Anfang 30, die klemmte sich dahinter, dass ich hier ein Zimmer bekam. Und durch Frau X hat sie das dann hier vermittelt bekommen. Und so kam ich hier her. Also ich muss sagen, ich bin zufrieden. Natürlich etwas, was allen missfällt ist überall. Das darf man nicht vergessen. Natürlich spielt dann das hier heute ne Rolle, die Personalknappheit, das macht ja nun viel aus. Aber sonst hier, ich werde immer gut behandelt und ich kann mich sonst über nichts beklagen. Aber es ist eben kein zu Hause, nicht war. Man ist nun immer hier auf die alten Tage fremd eingewiesen. Na ja soll ich nun noch groß sagen. Nun bin ich eben seit Februar vergangenen Jahres, bin ich eben hier. Aber ich bin hier mit meinem Zimmer zufrieden. Wir haben ja Einzelzimmer und in X, wo ich früher war, da waren teilweise Zweibettzimmer. Und ich bekam dort auch noch eine zweite Person in mein Zimmer und die hat geschnarcht die ganze Nacht. Ich konnte manchmal nicht schlafen. Na ja und das klappte dann so schnell, das ich dann ein Zimmer bekam und dann bin ich hier her gezogen. Aber ich hab noch nicht bereut.

***Fragen zur Bedeutung des Qualitätsmanagements und den Zielen der Arbeit:  
Anzeichen von Qualität***

*I: Was ist Ihnen in der Pflege und Betreuung wichtig?*

Frau Y: Pflege und Betreuung.

*I: Oder was ist wichtig, das die Pflegekräfte machen?*

Frau Y: Was soll man da sagen. Ich meine ich kriege mein Essen vorgesetzt, dort hin laufe ich. Ich habe so einen Rollator und da kann ich mich sehr gut fortbewegen. Und das ist für mich die Hauptsache. Denn ich hab hier ein krankes Bein und mal geht's, mal geht's nicht. Und wenn es mal nicht geht, ist es schon sehr gut, wie so ne Selbsthilfe. Man braucht niemanden, der einen führt und so weiter. Und ich bewege mich damit selbst zum Essen und wieder zurück. Und da kann ich mich über nichts beklagen. Also das geht eben immer gut.

*I: Was muss gemacht werden, um eine gute Pflege zu leisten?*

Frau Y: Um eine gute Pflege zu leisten. Ja muss ich ja sagen wir werden gut bedient, gut behandelt. Wir werden gerade beim Essen, wir kriegen immer Nachschlag. Also ich esse an für sich wenig, früher hab ich mehr gegessen, im Alter isst man dann weniger. Und wenn ich eben satt bin, höre ich mit essen auf und lass es zurückgehen. Das kommt dann in den Schweineimer und dann kriegen die Schweine auch was davon.

*I: Und machen Sie noch vieles alleine?*

Frau Y: Das Bett mache ich mit selber, ich wische ab und zu mal Staub immer.

*I: Waschen Sie sich auch noch selber, also Körperpflege und so weiter oder benötigen Sie Hilfe?*

Frau Y: Also wie heute beim Baden, ich bin gut versorgt worden. Eingecremt von oben bis unten und die Haare haben sie mir mit gewaschen. Da kann ich bloß gutes sagen. Also man braucht auch nicht jedes Mal zum Friseur zu gehen, die Haar halten sowieso nicht. Aber heute da haben sie die Haare noch mit gewaschen und dann war ich zufrieden.

*I: Wie fühlen Sie sich hier gepflegt und betreut?*

Frau Y: Ach ganz gut. Mittag nach dem Essen, da lege ich mich wieder hin. Zum Kaffee komm ich wieder zum Vorschein und dann machen wir wieder ein gemütliches Beisammensein. Das ist ne sehr schöne Einrichtung hier, da gehen wir runter wie gestern. Da haben wir unten, damit die Finger beweglich bleiben ... Das ist wichtig bei alten Menschen. Ich hatte jetzt etliche Wochen immer Schmerzen mit den Fingern, auch in der Nacht. Also das störte mich immer beim Aufstehen. Und jetzt, wo ich gestern mal hintereinander gearbeitet hab, ich habe hier Perlen auf eine Kette geschoben. Und das muss ich sagen, ist meinen Fingern gut bekommen. Mir tut seit gestern kein Finger mehr weh. Also die Bewegung ist das Beste für alte Menschen. Bloß man achtet immer zu wenig drauf.

*I: Sie selber oder andere?*

Frau Y: Ich auch. Na ja manche die sitzen nun bloß hier draußen auf den Stühlen und gucken wo jemand her kommt und unterhalten sich mal. Aber ich meine man kann sich nicht viel unterhalten. Die meisten sind schwerhörig, da muss man zwei-dreimal reden, bis die was verstehen. Das stört mich wieder und ich hab nun das mit dem Augenlicht, das ich eben wenig sehe, aber ich höre gut. Ich höre das Gras wachsen.

***Fragen zu Situationen und Verhaltensweisen von Personen an denen Qualität sichtbar wird: Beschreibung positiver critical Incidents***

*I: Beschreiben Sie mir Situationen, in denen sie gut betreut und gepflegt wurden?*

Frau Y: Na nun heute beim Baden. Ja die Schwester, ich weiß gar nicht mehr wie sie heißt. Na mein Gedächtnis geht zurück und ich kann mir die Namen nicht mehr so merken. Die Schwestern, die sind alle nett. Und da haben wir uns so unterhalten. Und dann hat die mir die in die Haare, damit sie Halt kriegen einen Schaumfestiger richtig rein gestrichen und dann wurden die Haare gekämmt und dann gefönt und da war ich wieder fertig.

*I: Beschreiben Sie genau, wie sich die Pflegeperson dabei verhalten hat?*

Frau Y: Nett und freundlich. Wir haben uns sehr gut unterhalten. Und vor allen Dingen das Badezimmer so schön hergerichtet, da haben sie mit Grünzeug, ich seh' das ja nun nicht deutlich. Aber ich seh' nur dass sie grüne Pflanzen, natürlich künstliche, das geht ja natürlich nicht. Und das haben sie sehr schön hergerichtet und da haben wir das beide bewundert. Sie hat mir auch gesagt, wer es gemacht hat, aber wie das so ist.

*I: Was war das Ergebnis dieser Situation?*

Frau Y: Na ich hab jetzt erst noch ne Suppe gegessen, was Heißes und dann bin ich eben wieder hier gelandet (im Zimmer).

### ***Beschreibung negativer critical Incidents***

*I: Können Sie sich an Situationen zwischen Ihnen und einer Pflegekraft erinnern, an denen sich eine schlechte Pflege und Betreuung zeigte? Beschreiben Sie Situationen, die problematisch oder schwierig für Sie waren, wo sie schlecht betreut wurden?*

Frau Y: Na ja das ist so, wir werden, das ist immer gut gemeint hier vom Heim, da wird jede Woche mal ne Autofahrt gemacht. Und ich fahre ja da gerne mit. Aber das ist nun mit dem Einsteigen. Da haben sie unten so ne Holzhitsche, wo man schon mal drauf steigen muss, um dann um in das Auto rein zukommen und das ist für mich immer schwierig. Da helfen nun auch immer ein paar und da dann drinne ist es nun ein bisschen schlecht, weil ich bin nun ziemlich korpulent. Und nun ist es immer ungünstig, wenn drei Dicke nebeneinander sitzen (-lacht-) Das ist nun ... Denn da saß jetzt mal eine und ich konnte nicht mal richtig sitzen. Ich saß so richtig schräg. Na ja das manch man eben einmal mit, aber ich hab gesagt, ich fahre nicht wieder mit, wenn so dicke neben mir sitzen.

*I: Beschreiben Sie genau, wie sich die Pflegeperson dabei verhalten hat?*

Frau Y: Ja die Pflegekräfte, das war der Herr J, ja was soll der sagen der ... Ich hab ihn immer mal gefragt „... wo sind wir denn jetzt?“ „Jetzt fahren wir über X und dann fahren wir über Y, dann fahren wir über die Orte ... Ich seh' die Häuser vorbei schweben aber die Ortschaften kann ich nicht lesen und ich will doch auch wissen, wo man nun hinfährt. Und dann waren wir dann in Z, waren wir damals. Es war auch ganz schön. Haben wir an der Z gesessen. Diese Woche waren wir auch wieder in X, mit dem Schiff gefahren. Da kam halt so ein großer Dampfer. Ich kenn das ja nun von früher her, da waren die Dampfer auf der Z noch kleiner, so große Dampfer gab's damals nicht. Da gab's die „X“ und die, wie hießen die gleich, die „Y“ und die „Z“.

*I: Die gibt's aber heute auch noch.*

Frau Y: Ja das stimmt schon, aber nicht in der Größe. Die sind ja heute alle sehr lang und modernisiert, das muss man ja sagen und fahren auch viel schneller.

*I: Was war das Ergebnis dieser Situation?*

Frau Y: Na ja, wir sind gar nicht dort dadurch das wir so eingequetscht waren, sind wir gar nicht ausgestiegen. Da sind wir gleich sitzen geblieben, bis wir wieder nach Haus gefahren sind.



*I: War das angenehm für sie?*

Frau Y: Na ja, man ist eben sitzen geblieben, weil man nicht raus konnte. Es war unangenehm, will ich mal sagen. Und da bin ich dann auch nicht mehr mitgefahren, ne Weile. Aber nun hatte ich mich wieder mal aufgegrafft. Diesmal saß eine schlanke neben mir, ganz kleine, so in Ihrer Größe oder vielleicht noch was kleiner. Die wurde rein getragen, die konnte gar nicht mehr laufen.

***Fragen zur Qualität in der Einrichtung: Einschätzung der Pflegequalität in der Einrichtung***

*I: Wie beurteilen Sie die Qualität der Pflege und Betreuung in dieser Einrichtung?*

Frau Y: Die Pflegequalität. Also ich muss ja sagen, was sich in dem Zimmer abspielt, das weiß ich nicht.

*I: Im Schwesternzimmer?*

Frau Y: Ja. Denn die Schwestern sind ja auch, die haben ja auch ihre Erfahrungen, was nun nicht gerade für die Ohren der Heimbewohner passt. Das nicht in der Öffentlichkeit, das da sich nicht so viel abspielt. Also in Gegenwart von uns, da sind sie immer freundlich, auch untereinander. Und was sich da hinten, da erfährt man nichts davon. Es kommen vielleicht auch mal unter den Schwestern Unstimmigkeiten vor, wie überall. Man ist ja früher auch arbeiten gegangen. Und da die sind immer alle nett und freundlich zueinander, vor allen Dingen in Gegenwart von den Heimbewohnern. Aber sonst da kommt nichts so an die Öffentlichkeit.

*I: Können Sie Stärken der Pflegequalität nennen oder was ist besonders gut?*

Frau Y: Wüsste ich gar nicht, was ich da sagen soll.

*I: Gibt es Schwächen in der Pflegequalität oder Sachen, die verbesserungsbedürftig wären?*

Frau Y: Ne kann ich nicht sagen. Wir werden gut bedient. Wenn jemand noch was zu Essen haben will, also da ... Natürlich geht's der Reihe nach. Manche die wenn die jetzt ... die brauchen noch einen Kaffee, da muss nun die Schwester oder Helfer, oder wer nun gerade bedient, da sollen die gleich flitzen. So geht das nicht, das geht doch der Reihe nach. Und es sind ja nun auch viele dabei, die das nun gar nicht mehr verstehen. Wenn man reinkommt und hier „... ich brauche gleich was zu trinken ...“ und das sage ich dann, na du bist ja gerade erst mal gekommen.

***Anregungen für Qualitätsentwicklung***

*I: Was sollte sich in der Zukunft ändern?*

Frau Y: Ja was soll sich ändern.

*I: Oder was könnte verbessert werden, hier im Haus oder bei den Schwestern?*

Frau Y: Na vielleicht bei den Überstunden.

*I: Kriegen Sie das mit?*

Frau Y: Na ja, manche lassen das schon so durchleuchten „... ich hab schon so viele Überstunden jetzt, jetzt bleibe ich auch mal zu Hause ...“. Und zu Hause haben sie auch zu tun. Aber an uns lassen sie da nichts aus. Das machen sie nicht. Wie die das nun

untereinander ausfechten ... Denn jede hat ja ne Familie zu Hause, wenn man sich in die Lage auch mal versetzt.

*I: Danke für das interessante Gespräch und das Sie sich bereiterklärt haben, mir ein paar Fragen zu beantworten!*

**Interview Nr. 22: I (Interviewer), Herr Z (interviewter Bewohner)*****Berufsbiographische Angaben***

*I: Wie alt sind Sie?*

Herr Z: 51.

*I: Wie lange wohnen und leben Sie bereits hier im Heim?*

Herr Z: Na ein gutes halbes Jahr.

*I: Warum und unter welchen Umständen sind Sie hier her gekommen?*

Herr Z: Ich hatte einen Gehirnschlag mit 5 vor Zwölf. Mehr muss ich dazu nicht sagen, was das bedeutet. Und war teilweise gelähmt, was man ja auch noch sieht. Und bin jetzt in der Reha und hab durch einen Krankenhausaufenthalt und dann hier im Pflegeheim, dank der Schwestern und Pfleger eben wieder zu mir selbst gefunden. Das ich sagen kann mit kleinen Einschränkungen bin ich wieder selbstbewusst. Dass ich mich als ich wieder fühle. Das war's erst mal dazu.

***Fragen zur Bedeutung des Qualitätsmanagements und den Zielen der Arbeit:  
Anzeichen von Qualität***

*I: Was ist Ihnen in der Pflege und Betreuung wichtig?*

Herr Z: In der Pflege und Betreuung ist wichtig für mich persönlich und damit denke ich nicht nur in erster Linie an mich, sondern an die Bewohner des Hauses, das ich als vollwertiger Mensch geachtet werde und nicht bemitleidet werde. Man sollte mich so nehmen, wie ich bin. Einiges geht gut, einiges geht weniger gut, aber man sollt nicht immer „... er kann das nicht ...“ sondern man sollte ihn, oder mich besser gesagt, ich geh von mir aus unterstützen, damit ich wieder an das alte Umfeld heranwachse. Einfach, ganz schlicht und einfach. Das war's dazu. Und wie gesagt ein kleines Dankeschön, eine Anerkennung, wenn man wieder mal was neues, was man gekannt oder gebracht hat früher, und wenn das wieder gelingt, sagt man das hast du gut gemacht oder schön gemacht. Das ist 10-mal mehr wert als 50 Euro. Sag ich so einfach. Das ist dazu. Mehr möchte ich mich dazu nicht äußern.

*I: Was macht eine gute Pflege und Betreuung aus?*

Herr Z: Eine gute Pflege ist das man, ist meine persönliche Meinung und das sind meine Erfahrungswerte hier muss man sagen. Das man auf den Menschen zugeht und ihn nicht gängelt und für den einen ist es leichter, für den anderen schwerer, einem Behinderten oder Gehandikapten, egal wie man das nennt, an den Augen abzulesen oder charmant zu hinterfragen, was er für Wünsche hat oder was bei ihm klemmt. Es schlimmste was ist, ist arrogant, von oben herab mit Menschen umzugehen, wenn man niemals weiß was hat er früher gemacht, wer ist es. Denn in erster Linie, das ist meine persönliche Meinung und so geh ich mit jedem Menschen um, der Mensch steht im Mittelpunkt. Nicht das Geld, was manche ... Es gibt ein altes Sprichwort man kann alles kaufen, im Sozialismus hat man gesagt es gibt nicht alles zu kaufen, das gab's auch damals, auch Rechte sind käuflich. Und das gegenseitige Aufeinanderzugehen als Betroffener und als Pfleger und sich in der Mitte treffen, das ist das schönste was es gibt.

*I: Wie fühlen Sie sich hier gepflegt und betreut?*

Herr Z: Wie ich mich fühle, das sieht man, dass ich einen dicken Bauch gekriegt hab, muss man mal aus Spaß dazu sagen. Das ist alles ringsum rund, sage ich. Es ist ne Gemeinschaftsunterkunft, es ist ein Gemeinschaftssessen, es wird sehr viel individuell gemacht. Für mich ist nie was dabei. Man muss natürlich auch von sich aus herangehen und muss Abstriche machen. Man kann nicht immer nur fordern, man muss auch geben. Es gibt da wieder ein altes Sprichwort: wie du mir, so ich dir, so ungefähr.

***Fragen zu Situationen und Verhaltensweisen von Personen an denen Qualität sichtbar wird: Beschreibung positiver critical Incidents***

*I: Beschreiben Sie mir Situationen, in denen sie gut betreut und gepflegt wurden?*

Herr Z: Also ich sag's so in diesem Altenpflegeheim gibt's nicht es war gut und es ist gut. Es ist eine durchgehende gerade Schiene, wo jeder seinen Teil dazu beiträgt und es braucht sich keiner beschweren. Da muss ich wieder zurückkommen. Wenn es Beschwerden gibt, man kann sich beschweren, das ist o. k., aber man sollt erst vorne weg prüfen bevor man sich beschwert. Hier wird vieles machbar gemacht. Das Personal, egal ob Chef oder Pfleger, egal wie man das formuliert, oder wie man das aufs Papier bringt, das ist mir egal, aber jeder trägt seinen Teil dazu bei.

*I: Beschreiben Sie mir eine Situation, die Ihnen in Erinnerung geblieben ist, wo Sie gut gepflegt wurden.*

Herr Z: Also für mich, ich meine ich will jetzt stellvertretend nicht die PDL in den Mittelpunkt stellen. Es gibt eine junge Frau hier, die ist im wohlverdienten Urlaub, Name Frau X die sich mehr als nur notwendig rein versetzt und das rüberbringt.

*I: Beschreiben Sie genau, wie sich die Pflegeperson dabei verhalten hat?*

Herr Z: Diese Person behandelt alle gleich. Sie verhält sich mir gegenüber genauso wie jedem anderen höflich zuvorkommend und ich betrachte mich wie meine Zimmerkollegen mit seiner Behinderung (Herr X ist bettlägerig mit PS 3), wir werden gleich behandelt. Da kommt genau wie bei Herrn die gleiche Wärme rüber, wie bei mir. Also da gibt's keine Ausnahme oder so, so das man sagt, der hat ne Vormachtstellung, gibt's nicht.

*I: Und wie äußert sich das Wärme rüberbringen?*

Herr Z: Na reinkommen, fröhlich, ein Lächeln, sagen „... wie geht's meine Herren?“ „... und heute gibt's was schönes zum Mittag ...“ oder so mal einen Scherz. Die Wärme kriegen das Personal und Betroffene, also wie ich. Das ist sehr wichtig.

*I: Was war das Ergebnis dieser Situation?*

Herr Z: Die Situation ist die, wenn man ernst genommen wird mit seiner Behinderung fühlt man sich wohl und dann gedeiht man auch besser. Das geht in jede Lebenssituation über. Das ist wirklich so, das man sagen kann heute haste wieder ein Stück Selbstbewusstsein dazu gewonnen. Das ist das wichtigste. Dann kann man auch nicht sagen, man steht abseits, sondern man ist voll in die Gesellschaft integriert. Man wird wahrgenommen. Die Hinweise die man gibt, werden auch ernst genommen, die werden geprüft und das ist wichtig.

***Beschreibung negativer critical Incidents***

*I: Können Sie sich an Situationen zwischen Ihnen und einer Pflegekraft erinnern, an denen sich eine schlechte Pflege und Betreuung zeigte? Beschreiben Sie Situationen, die problematisch oder schwierig für Sie waren, wo sie schlecht betreut wurden?*

Herr Z: Mir persönlich ist so was, persönlich nicht ... hat es nicht betroffen. Mich betrifft es auch nicht. Mir ist auch nichts bekannt.

*I: Es geht persönlich um Sie, ob Sie eine Situation erlebt haben, wo sie schlecht gepflegt wurden.*

Herr Z: Ich mir persönlich muss ich ganz ehrlich sagen, ich will ja auch nicht Lügen, denn Lügen ist nicht mein Ding, nicht passiert. Nee damit kann ich nicht dienen.

***Fragen zur Qualität in der Einrichtung: Einschätzung der Pflegequalität in der Einrichtung***

*I: Wie beurteilen Sie die Qualität der Pflege und Betreuung in dieser Einrichtung?*

Herr Z: Die Qualität ist, da gibt's wieder ein altes Sprichwort, von Anton bis Zylinder, ist sehr gut.

*I: Können Sie Stärken der Pflegequalität nennen oder was ist besonders gut?*

Herr Z: Stärke ist immer was man voran und außen vorstellt. Stärken ist, dass man hier eins wahr gemacht hat und das ist das der Mensch im Mittelpunkt steht. Das ist meine persönliche Meinung.

*I: Und wie äußert sich das?*

Herr Z: Na ja, wie äußert sich das. Das ist eine gute Frage. Das man Spielvormittag, Spielnachmittag macht. Das man mit den Heimbewohnern, das organisiert man, das Ausfahrten gemacht werden. Das wohin gefahren wird, was den einen weniger, den anderen mehr bekannt ist. Wo man sagen kann, man lässt das Pflegeheim als solches, oder das Altenpflegeheim als solches mal hinter sich und man guckt sich mal die Realität, den Alltag, den man ja teilweise bedingt vermisst, wieder an. Das ist das schöne. Das man mitten noch im Leben wahrgenommen wird und man kann auch das Leben wieder wahrnehmen.

*I: Gibt es Schwächen in der Pflegequalität oder Sachen, die verbesserungsbedürftig wären?*

Herr Z: Tja was ... Mir fällt im Moment von der Sache her jetzt kein gravierender Punkt ein. Da müsste ich Lügen und Lügen ist nicht mein Ding. Zeit ist Geld und Geld haben wir alle nicht. Wenn wir jetzt mal ehrlich sind. Es könnte manchmal gut ein bisschen mehr Zeit sein. Das geht nicht aufgrund ... Man kann nicht die, das Personal, was hier kann sich nicht reinteilen. Man kann die nicht in der Mitte auseinanderreißen. Die bemühen sich und ich bin der Meinung was hier das Personal als solches, Küche, Pflegekräfte, die haben einen guten Mittelweg gefunden. Das für jeden individuell gut zu machen. Natürlich gibt's welche, die einen wollen das haben, die anderen das, aber ich persönlich empfinde das mehr als genug im positiven.

***Anregungen für Qualitätsentwicklung***

*I: Was sollte sich in der Zukunft ändern?*

Herr Z: Das ist ne Frage, die kann ich nicht beantworten. Tut mir leid. Wenn ich das wüsste würde ich es sagen. Ich möchte abschließend dazu eins sagen, das Kollektiv als solches soll dort weitermachen, wo es jetzt steht und immer das kleine individuelle Gespräch suchen. Ein Satz ist schnell gesagt, in einem Satz ist sehr viel Wahrheit drinne, Hinweise auch manchmal Kritiken, wenn sie angebracht sind, sie sollen dort weitermachen wo sie jetzt sind und da stehen sie gut. Ich möchte abschließend dazu sagen das Kollektiv schöpft ihre Mittel, die ihnen zur Verfügung stehen oder die sie einfordern können 100%ig aus. Da wird nicht irgendwas verschwendet, es wird so eingesetzt wie es benötigt wird. Das ist auch wichtig.

*I: Danke für das interessante Gespräch und das Sie sich bereiterklärt haben, mir ein paar Fragen zu beantworten!*

**Interview Nr. 23: I (Interviewer), Frau A (interviewte Bewohnerin)*****Berufsbiographische Angaben***

*I: Wie alt sind Sie?*

Frau A: Ich bin 84 Jahre alt.

*I: Wie lange wohnen und leben Sie bereits hier im Heim?*

Frau A: 2 Jahre. Können auch schon bald 3 sein. So genau weiß ich es nicht mehr.

*I: Warum und unter welchen Umständen sind Sie hier her gekommen?*

Frau A: Ich hatte Schlaganfall und war zu Hause bei meiner Tochter in Pflege. Aber das wurde für beide Seiten zu viel.

*I: Und geht's Ihnen Jetzt hier gut?*

Frau A: Mir geht's hier sehr gut. Ich hab großes Glück gehabt, dass ich das Heim gefunden hab.

***Fragen zur Bedeutung des Qualitätsmanagements und den Zielen der Arbeit: Anzeichen von Qualität***

*I: Was ist Ihnen in der Pflege und Betreuung wichtig?*

Frau A: Das freundliche Entgegenkommen. Auch wenn die Schwestern zweimal rennen müssen sind sie immer noch freundlich.

*I: Was macht eine gute Pflege und Betreuung aus?*

Frau A: Eine gute Pflege und Betreuung wirkt sich auch aufs Allgemeinbefinden aus. Da ist man aufgeschlossen und alles. Ich hab immer noch mit meiner Sprache ein bisschen zu tun. Ich konnte erst gar nicht mehr reden. Das Reden hab ich erst in X wieder gelernt. Da war ich vor dem Heim hier in der Rehaklinik.

*I: Sie sprechen richtig gut und deutlich.*

Frau A: Nun ja bloß es macht sich doch bemerkbar.

*I: Was muss gemacht werden, um eine gute Pflege zu leisten?*

Frau A: Zu einer guten Pflege gehört vor allem das gute Entgegenkommen. Das freundliche, nicht das die Schwestern mürrisch sind oder was. Das macht schon den Hauptanteil aus.

*I: Wie fühlen Sie sich hier gepflegt und betreut?*

Frau A: Ich fühle mich hier sehr gut gepflegt und betreut. Das hab ich auch in meinem Gedicht angebracht. Da heißt es: Pflegeheim in R., schöne Pflegestätte was würde ich nur im Alltag tun, wenn ich das Heim nicht hätte.

*I: Sehr schönes Gedicht.*

***Fragen zu Situationen und Verhaltensweisen von Personen an denen Qualität sichtbar wird: Beschreibung positiver critical Incidents***

*I: Beschreiben Sie mir Situationen, in denen sie gut betreut und gepflegt wurden?*

Frau A: Ja, da war ich mit zu einer Ausfahrt hier. Das Heim macht ja aller paar Wochen eine Ausfahrt und da war ich mit. Und mir wurde unterwegs schlecht. Ich hab alles voll

gebrochen. Da haben mich dann die Schwestern hinterher ganz intensiv gepflegt. Das ich wieder auf die Beine komme. Das ist zu viel gesagt, denn ich kann ja nicht laufen. Mein allergrößter Wunsch ist ein paar Schritte zu laufen. Aber diesen Wunsch hat mir die Ärztin ganz ausgedreht. Die sagt das geht nun nach drei Jahren Schlaganfall nicht mehr. Ich hab ein gelähmtes Bein und einen gelähmten Arm und da kriegen wir nicht, kein Leben mehr rein. Und zum Laufen würde ich ja Leben in das Bein brauchen.

*I: Fahren Sie dann mit dem Rollstuhl?*

Frau A: Ich bin den ganzen Tag im Rollstuhl.

*I: Ist das angenehm?*

Frau A: Ich hab Schmerzen.

*I: Beim Sitzen?*

Frau A: Ja.

*I: Und im Bett ist es angenehmer?*

Frau A: Nein ich möchte nicht den ganzen Tag im Bett bleiben.

*I: Beschreiben Sie genau, wie sich die Pflegekräfte bei der Ausfahrt verhalten haben?*

Frau A: Ganz wunderbar. Unterwegs war ein Pfleger mit dabei, der hat mich schon im Auto ganz intensiv betreut. Der hat Tücher gebracht. Und dann wie ich hier ankam, die Schwestern haben mich gleich ausgezogen und gewaschen, neu angezogen.

*I: Was war das Ergebnis dieser Situation?*

Frau A: Na ja ich kam ein paar Tage ganz zum liegen. Hab auch hier im Heim noch gebrochen.

### ***Beschreibung negativer critical Incidents***

*I: Können Sie sich an Situationen zwischen Ihnen und einer Pflegekraft erinnern, an denen sich eine schlechte Pflege und Betreuung zeigte? Beschreiben Sie Situationen, die problematisch oder schwierig für Sie waren, wo sie schlecht betreut wurden?*

Frau A: Nein. Da gibt's keine. Im Gegenteil ich muss manchmal denken, aber jetzt werden sie vielleicht mal aushaken, aber nein die haben sich immer wieder im Zaume. Und sind immer wieder freundlich.

### ***Fragen zur Qualität in der Einrichtung: Einschätzung der Pflegequalität in der Einrichtung***

*I: Wie beurteilen Sie die Qualität der Pflege und Betreuung in dieser Einrichtung?*

Frau A: Die ist ganz erstklassig.

*I: Können Sie Stärken der Pflegequalität nennen oder was ist besonders gut?*

Frau A: Nun man kann sich immer auf die Pflegekräfte verlassen. Da kann ich Ihnen jetzt nicht drauf antworten.

*I: Gibt es Schwächen in der Pflegequalität oder Sachen, die verbesserungsbedürftig wären?*

Frau A: Da wüsste ich nichts. Ich bin rundum zufrieden mit den Schwestern.



**Anregungen für Qualitätsentwicklung**

*I: Was sollte sich in der Zukunft ändern?*

Frau A: Es sollte sich nichts ändern. Und ich möchte auch in kein anderes Heim. Dieses Heim ist mein zweites zu Hause. Und in einem zu Hause will man ja glücklich sein und auch mal sterben will man hier ja.

*I: Fühlen Sie sich glücklich hier?*

Frau A: Ich fühle mich glücklich, ja.

*I: Danke für das interessante Gespräch und das Sie sich bereiterklärt haben, mir ein paar Fragen zu beantworten!*

**Interview Nr. 24: I (Interviewer), Frau B (interviewte Bewohnerin)*****Berufsbiographische Angaben***

*I: Wie alt sind Sie?*

Frau B: Ich bin 82.

*I: Wie lange wohnen und leben Sie bereits hier im Heim?*

Frau B: Seit März vorigen Jahres. Ich bin im Krankenhaus gewesen und weil meine Wohnung aufgelöst wurde, ich kann die ja nicht mehr bewirtschaften, da bin ich hier her gekommen.

***Fragen zur Bedeutung des Qualitätsmanagements und den Zielen der Arbeit: Anzeichen von Qualität***

*I: Was ist Ihnen in der Pflege und Betreuung wichtig?*

Frau B: Na ja also die Schwestern machen alles was sie können und wenn man mal einen Wunsch hat den versuchen sie einem auch zu erfüllen. Kann man nicht anders sagen.

*I: Was ist Ihnen wichtig, was die Pflegekräfte machen sollen?*

Frau B: Nun ja ich meine die sind ja normalerweise mit für alles mit verantwortlich.

*I: Gibt es bestimmte Dinge, die besonders wichtig sind, die sie tun?*

Frau B: Nee, ich meine die helfen uns auch, wenn wir baden oder uns waschen und so. Also das läuft ganz einwandfrei. Kann man nicht anders sagen.

*I: Was muss gemacht werden, um eine gute Pflege zu leisten?*

Frau B: Ja Kontakt zum Menschen aufbauen damit auch, wie soll ich mal sagen, persönlich ein Kontakt gegeben ist. Ich denke da fällt es einem leichter als Patient.

*I: Wie fühlen Sie sich hier gepflegt und betreut?*

Frau B: Ich fühle mich wohl, denn ich muss ja wissen wie alt ich bin und das ich selber nicht mehr für mich sorgen kann. Das muss man ja sehen. Und nicht die Flügel hängen lassen, sondern man findet auch hier Kontakt. Mit allen klappt's zwar nicht, weil ja, wie soll ich denn mal sagen, der geistige Zustand unterschiedlich ist. Das werden Sie ja hier auch schon gemerkt haben.

***Fragen zu Situationen und Verhaltensweisen von Personen an denen Qualität sichtbar wird: Beschreibung positiver critical Incidents***

*I: Beschreiben Sie mir Situationen, in denen sie gut betreut und gepflegt wurden?*

Frau B: Also es läuft eigentlich alles normal. So was Außergewöhnliches hab ich nicht erlebt.

*I: Können Sie mir eine alltägliche Situation beschreiben, in der sie gut betreut und gepflegt wurden?*

Frau B: Die Schwestern die sind alle sehr nett und geben sich alle viel Mühe. Anderes kann man dazu nicht sagen. Denn das ist ein schwerer Beruf, wollen wir uns gar nichts vormachen.

***Beschreibung negativer critical Incidents***

*I: Können Sie sich an Situationen zwischen Ihnen und einer Pflegekraft erinnern, an denen sich eine schlechte Pflege und Betreuung zeigte? Beschreiben Sie Situationen, die problematisch oder schwierig für Sie waren, wo sie schlecht betreut wurden?*

Frau B: Also das könnte ich nicht sagen. Die geben sich alle viel Mühe.

*I: Wobei geben sich die Pflegekräfte viel Mühe?*

Frau B: Na ja um das einem so angenehm wie möglich zu machen hier. Sie bringen einem also das Essen und alles drum und dran. Gehen mit vor in Frühstücksraum. Wir werden also rund um die Uhr betreut.

*I: Und wie verhalten sich die Pflegekräfte dabei?*

Frau B: Gut.

*I: Wie verhalten die sich Ihnen gegenüber?*

Frau B: Wie soll man das beschreiben? Ganz normal.

*I: Und was machen die genau?*

Frau B: Wie soll man sagen? Normalerweise alles was nötig ist. Die sprechen mit uns und abends wünschen sie uns dann noch gute Nacht und so. Also wir haben schon ein gutes Verhältnis zueinander. Auch nachts kommen sie gucken, ob alles in Ordnung ist.

*I: Machen Sie noch viele Sachen alleine?*

Frau B: Ja, bloß die Strümpfe muss mir die Schwester anziehen. Alles andere kann ich alleine. Aber was waschen und das alles betrifft, das fällt natürlich alles flach.

*I: Was meine Sie jetzt genau damit?*

Frau B: Das Geschirr und auch unsere Kleidung und so das wird dann geholt.

*I: Werden Sie bei der Körperpflege und beim Baden unterstützt, oder tun Sie das alleine?*

Frau B: Ja das mache ich noch alleine aber beim Baden da ist jemand dabei. Der einen wäscht, den Rücken und alles.

*I: Beschreiben Sie mir so eine Situation.*

Frau B: Na hier draußen ist das kleine Bad. Da gibt's noch Waschbecken und Wasser und Zusatz. Und da kommt die Schwester und wäscht einem dann den Rücken und so. Vorne kann ich das ja alles noch alleine machen zum Glück.

*I: Beschreiben Sie wie sich die Schwester dabei verhalten hat.*

Frau B: Ganz normal. Wir sprechen über dies oder jenes, ob das Wasser warm genug ist.

***Fragen zur Qualität in der Einrichtung: Einschätzung der Pflegequalität in der Einrichtung***

*I: Wie beurteilen Sie die Pflegequalität und Betreuung in dieser Einrichtung?*

Frau B: Also ich bin zum ersten Mal in einem Heim und kann da gar keine Schlüsse ziehen zu einem anderen. Ich bin zufrieden, anders kann ich dazu nicht sagen und ich zoll denen auch Anerkennung den Schwestern. Die machen das sehr gut.

*I: Können Sie Stärken der Pflegequalität nennen oder was ist besonders gut?*

Frau B: Kann ich nicht sagen. Denn die geben sich alle Mühe.

*I: Wobei geben sich die Schwestern Mühe?*

Frau B: Ja uns zu pflegen und uns auch mal einen Wunsch zu erfüllen. Und was eben so dazu gehört, den persönlichen Kontakt.

*I: Und was gehört zum persönlichen Kontakt dazu?*

Frau B: Na ja, das man doch mal über dies oder jenes spricht oder das wir mal raus gehen können, runter. Wir haben dann einen Wagen, wo wir uns anhalten können und fahren dann mit dem Fahrstuhl runter und da geht das ganz gut.

*I: Und Sie gehen dann raus in den Hof und in den Garten.*

Frau B: Ja und im Garten können wir dann auf einer Bank sitzen und wir kennen uns ja auch hier inzwischen auch ein bisschen untereinander. Weiß dann mit wem kann man sich unterhalten und so.

*I: Gibt es Schwächen in der Pflegequalität oder Sachen, die verbesserungsbedürftig wären?*

Frau B: Also da kann ich mir kein Urteil erlauben. Denn so kommen wir ja mit dem ganzen Ablauf nicht in Verbindung. Denn es gibt ja auch viele, die nicht mehr aufstehen können, wir sind da noch glücklich dran.

### **Anregungen für Qualitätsentwicklung**

*I: Was sollte sich in der Zukunft ändern?*

Frau B: Weiß ich nicht. Es ist alles in Ordnung.

*I: Danke für das interessante Gespräch und das Sie sich bereiterklärt haben, mir ein paar Fragen zu beantworten!*

**Interview Nr. 25: I (Interviewer), Frau C (interviewte Bewohnerin)*****Berufsbiographische Angaben***

*I: Wie alt sind Sie?*

Frau C: Ich bin 40 geworden.

*I: Wie lange wohnen und leben Sie bereits hier im Heim?*

Frau C: Seit ich wieder so richtig bei mir bin, seit Mai dieses Jahr.

*I: Warum und unter welchen Umständen sind Sie hier her gekommen?*

Frau C: Das weiß ich auch noch nicht. Ich traue mich auch noch nicht zu fragen, ich hab noch ein bisschen Angst. Aber das will ich noch machen.

*I: Waren Sie vorher schon in einem Heim?*

Frau C: Nein das ist das erste. Vorher war ich zu Hause.

*I: Und waren Sie berufstätig?*

Frau C: Ich war berufstätig. Erst hab ich in einer Schule gearbeitet, als Raumpflegerin und so Botengänge, was alles so angefallen ist. Und so nebenbei auch Zeitungen und auch sauber gemacht bei alten Leuten.

***Fragen zur Bedeutung des Qualitätsmanagements und den Zielen der Arbeit: Anzeichen von Qualität***

*I: Was ist Ihnen in der Pflege und Betreuung wichtig?*

Frau C: Also die Pflege und Betreuung sind sehr gut. Ich bin auch schon ziemlich selbständig geworden und hab auch keine Angst mehr weiter. Ich kann mich nicht beschweren, ich bin zufrieden. Und die Schwestern sind eigentlich alle einwandfrei.

*I: Was ist Ihnen Wichtig, was die Pflegekräfte tun?*

Frau C: Also was wichtig ist die Freundlichkeit. Das gibt einem schon Lebensmut wieder. Weil man schon manchmal gelesen hat, wie böse und so weiter ... das könnte ich hier eigentlich gar nicht sagen. Also ich bin zufrieden. Man hat auch das Selbstvertrauen wieder richtig gefunden. Man steht gerne auf und man tut sich auch selber so ein bisschen bemuteln. Ich bin zufrieden.

*I: Was muss gemacht werden, um eine gute Pflege zu leisten?*

Frau C: Also ich muss sagen, die Freundlichkeit, das zählt. Das ist mit die Hauptsache. Wie sagt man so wie man in den Wald hineinruft, so schallt es zurück. Also ich bin zufrieden, ich wüsste nicht, woran ich mich beschweren könnte.

*I: Wie fühlen Sie sich hier gepflegt und betreut?*

Frau C: Sehr gut.

*I: Was ist besonders gut?*

Frau C: Also das Essen und die Betreuung. So wie sie einen waschen und anziehen. Fragen einen auch und man sagt auch seine Meinung, wenn mal was nicht passt. Also ich wüsste nicht, wo ich mich beschweren könnte.

***Fragen zu Situationen und Verhaltensweisen von Personen an denen Qualität sichtbar wird: Beschreibung positiver critical Incidents***

*I: Beschreiben Sie mir Situationen, in denen sie gut betreut und gepflegt wurden?*

Frau C: Das fängt schon früh an, wenn man aufsteht mit dem anziehen, mit dem waschen und so. Mache Schwestern bringen auch kleine Geschenke mit. Weil sie wissen, dass ich gerne naschen tue. Und man kann auch so reden, wenn man mal ein Problem hat. Da bin ich nämlich ein bisschen verklemmt immer.

*I: Beschreiben Sie genau, wie sich die Pflegeperson in solchen Situationen verhalten hat?*

Frau C: Eigentlich freundlich. Haben ein offenes Ohr. Machen einem immer Mut. Sie merken es auch, wenn man sich mal nicht so fühlt, da fragen sie. Also Angst hab ich in der Sache keine mehr.

*I: Wie machen Ihnen die Pflegekräfte Mut?*

Frau C: Das geht schon früh mit einem freundlichen „Guten Morgen!“ und mit einem Lachen. Und schimpfen das kenne ich überhaupt nicht. Nee. So wie man in den Wald hineinruft, so schallt es zurück. Nee, also ich kann mich da nicht beschweren.

*I: Was war das Ergebnis dieser Situation?*

Frau C: Der Lebensmut wieder. Den hab ich total wieder, würde ich sagen. Und ich strengte mich auch an, dass alles wieder klappt. Das ich meine Selbstvertrauen wieder gefunden hab.

***Beschreibung negativer critical Incidents***

*I: Können Sie sich an Situationen zwischen Ihnen und einer Pflegekraft erinnern, an denen sich eine schlechte Pflege und Betreuung zeigte? Beschreiben Sie Situationen, die problematisch oder schwierig für Sie waren, wo sie schlecht betreut wurden?*

Frau C: Könnte ich eigentlich nicht sagen. Seit ich wieder so richtig denken kann, muss ich mal sagen, ich hab mein Selbstvertrauen und das ist mir erst mal wichtig. Und wenn man immer früh aufsteht hat man gute Laune, man macht's gerne. Ich unterhalte mich auch mit den Leuten am Tisch und auch so. Die Freundlichkeit von den Bewohnern ist auch gut. Komme ich eigentlich gut aus, kann ich mich nicht beschweren.

***Fragen zur Qualität in der Einrichtung: Einschätzung der Pflegequalität in der Einrichtung***

*I: Wie beurteilen Sie die Pflegequalität und Betreuung in dieser Einrichtung?*

Frau C: Sehr gut, einwandfrei.

*I: Können Sie Stärken der Pflegequalität nennen oder was ist besonders gut?*

Frau C: Also die Freundlichkeit, die Offenheit. Das würde ich sagen. Das die Wahrheit einem ins Gesicht gesagt wird, wenn den Schwestern auch mal was nicht passt. „... das musst du richtig machen...“ oder auch „... gut, das klappt einwandfrei ...“. Oder wenn man gelobt wird, wenn es klappt mit den Händen und so. Das macht einem selbst wieder richtigen Mut.

*I: Die Schwestern sagen auch mal, wenn was nicht o. k. ist?*

Frau C: Ja das machen die auch. Die sagen einem immer die Wahrheit ins Gesicht. Und das ist richtig.

*I: Gibt es Schwächen in der Pflegequalität oder Sachen, die verbesserungsbedürftig wären?*

Frau C: Oh, das ist eine schwere Frage. Wüsste ich eigentlich nichts. Die sind immer da die Schwestern, wenn ich klingeln tue. Wenn man mal ne Frage hat, haben die immer ein offenes Ohr.

### ***Anregungen für Qualitätsentwicklung***

*I: Was sollte sich in der Zukunft ändern?*

Frau C: Bei mir?

*I: Hier im Haus.*

Frau C: Ich wüsste nicht was ich das sagen sollte. Ich bin mit allem zufrieden.

*I: Und was sollte sich bei Ihnen ändern?*

Frau C: Das ich wieder mein Selbstvertrauen. Vom Alkohol gar nichts mehr. Deshalb ist es ja passiert auch mit. Und ich weiß auch nicht. Ich bin hier zufrieden, ich brauch so was nicht. Das war ja nur aus Langeweile und Ärger runtergespült und es ist immer schlimmer geworden. Aber nun bin ich zufrieden. Mein Selbstbewusstsein ist wieder richtig in Ordnung.

*I: Danke für das interessante Gespräch und das Sie sich bereiterklärt haben, mir ein paar Fragen zu beantworten!*

**Interview Nr. 26: I (Interviewer), Frau T (interviewte Mitarbeiterin)*****Berufsbiographische Angaben***

*I: Zunächst habe ich ein paar Fragen zu Ihrer Person und Ihrem Beruf.*

*I (1): Wie alt sind Sie?*

Frau T: 47.

*I: Wie sind Sie zu diesem Beruf gekommen?*

Frau T: Über die Umschulung.

*I: Zum Altenpfleger?*

Frau T: Ja, Umschulung zum Altenpfleger.

*I: Warum sind Sie in dieser Einrichtung tätig?*

Frau T: Hier bin ich weil ich ja in M. mit drüben war. Ich bin von M. mitgegangen.

*I: Welche Entscheidung führte dazu diesen Beruf auszuüben?*

Frau T: Meinen letzten Beruf kann ich nicht mehr machen, weil bei uns der Betrieb geschlossen hat. Ich hab damals gelernt in Z. im Bergbau.

*I: Waren Sie bereits in anderen pflegerischen Zusammenhängen tätig?*

Frau T: Ja durch die Ausbildung. Ich hab die Ausbildung '92 gemacht.

***Fragen zur Bedeutung des Qualitätsmanagements und den Zielen der Arbeit: Stellenwert und Ziele der Arbeit***

*I: Was ist Ihnen als Person in ihrer Arbeit wichtig?*

Frau T: Na das man das alles was man gelernt hat auch rüberbringt zu dem Alten, dem alten Menschen. Und das sie auch zufrieden sind im Prinzip. Das sie auch zufriedengestellt werden. Man kann's nicht immer machen, aber man versucht es.

*I: Was ist das Ziel ihrer Arbeit als Pflegekraft?*

Frau T: Na das ich die Ziele auch erreiche. Wenn's geht noch ein bisschen mehr. Aber man muss immer die Gegebenheiten, die jetzt praktisch sind mit sehen.

*I: Und welche Ziele sind das so?*

Frau T: Na erst mal den ganzen Ablauf im Dienst, das das erfüllt wird. Vielleicht auch mal ein bisschen mehr Zeit für den Heimbewohner, dass man das rausschinden kann. Aber das geht fast gar nicht, die Zeit ist eben zu wenig.

*I: Woran machen Sie Qualität in der Pflege und Betreuung fest?*

Frau T: Wie jetzt fest, wie meinen Sie das?

*I: Was sind Kennzeichen für Qualität in der Pflege und Betreuung?*

Frau T: Na ja, eine ordentliche Qualität will ich schon machen. Die mache ich, denke ich auch. Also für mich denke ich. Ich denke mal so wie ich selber jetzt mache Hygiene und Pflege und alles was da jetzt so ist und anfällt. Und so wie ich mich fühle jetzt will ich auch den Heimbewohner praktisch bedienen. Im Prinzip sehe ich das ja, wie soll ich den sagen, nicht das ich jetzt eine Kunden bediene, aber er hat ja irgendwo das Recht auch, das er ordentlich versorgt wird und so. Und ich bin eben unzufrieden selber, wenn ich's



nicht machen kann, wenn irgendwas dazwischen kommt. Man muss ja auch immer auf den Heimbewohner direkt eingehen. Und wenn er nicht mitspielt dann geht das nicht.

### **Anzeichen von Qualität**

*I: Was macht eine gute Pflege und Betreuung aus?*

Frau T: Na das ist immer an erster Stelle steht der Heimbewohner wie gesagt. Und das er sich auch nicht über mich beschwert jetzt oder Klagen über mich kommen. Oder wenn er jetzt kommt und sagt, mir direkt wird er es vielleicht nicht sagen, aber wenn er zum Vorgesetzten geht, wird er es sagen. Und das will ich auch nicht. Ob da schon Klagen gekommen sind, also bis jetzt hab ich noch nichts gehört.

### **Fragen zu Situationen und Verhaltensweisen von Personen an denen Qualität sichtbar wird: Beschreibung positiver critical Incidents**

*I: Welche typischen (auffallenden) Situationen aus dem Arbeitsalltag der letzten Tage sind Ihnen besonders in Erinnerung geblieben? Beschreiben Sie eine Situation wo sie denken, dass etwas gut geklappt hat zwischen Ihnen und einem Bewohner?*

Frau T: Na das kann man eigentlich nicht so verallgemeinern. Weil ich sage mal, ich bin nicht für einen einzelnen, ich sehe alle im Ganzen. Ich mache auch keine Unterschiede zu 'nem Heimbewohner. Ich seh' alle, was der bekommt, kriegt der andere auch. Ich find's eigentlich nicht in Ordnung, wenn da Unterscheide gemacht werden, weil die Heimbewohner untereinander kriegen das ganz schnell mit. Die merken das jetzt, wenn man jetzt einen anderen, werden dann auch eifersüchtig, neidisch. Die denken dann die kriegen weniger Zuwendung und der kriegt alles. Das merkt man ja bei Heimbewohnern, die jetzt mehr Pflege brauchen, weil sie krank sind oder liegen dann im sterben und so. Die Heimbewohner wissen schon, was da abläuft, die spüren das auch mit. Aber trotzdem ist da immer so ein bisschen Neid da, jetzt rennt die schon wieder dort hin und so. Da hat man eben nun mal mehr Arbeitsaufwand, da muss mehr gehen. Und das wollen manche nicht einsehen. Da muss man dann eben praktisch flexibel sein und mit den anderen, die sich da benachteiligt fühlen mit denen reden, denen sagen und erklären praktisch „... die ist jetzt krank und die brauchet auch ein bisschen mehr Fürsorge ...“. Und dadurch steht man dann sehr auch unter Druck. Zeitdruck und das verursacht Stress dann, der ja von außen kommt. Ich seh zu, dass ich meinen Stress, den ich selber mir jetzt setze gering mache, aber es kommt von Außen viel Stress.

*I: Von Außen von den Bewohnern oder von der Leitung?*

Frau T: Na ja im Allgemeinen wird's zugefügt. Ich kann's jetzt nicht auseinander halten. Es kommt von dort, jeder verlangt von jedem, dass es ordentlich gemacht wird. Der Heimbewohner verlangt's und auch die Leitung verlangt's. Ist ja auch richtig so. Ist ja mein Job, ich muss ja auch richtig alles machen. Ob man es immer richtig macht, weiß man nicht. Das weiß man erst hinterher, wenn was anfällt.

*I: Gibt es eine Situation, wo Sie ein Erfolgserlebnis mit einem Bewohner hatten?*

Frau T: Ach ja die hatten wir auch schon. Wenn wir uns jetzt Ziele gesetzt hatten, in der Pflege. Klar man freut sich, wenn man jemanden, na freuen kann man nicht sagen, wie soll ich das ausdrücken ... Wenn er jetzt kränker wird, versucht man ja ihn auch in eine höhere Pflegestufe zu bekommen, damit der nicht benachteiligt wird. Das man ihn noch mehr betreuen kann. Er braucht ja auch mehr. Das man das erkennt, das man da eher

was tut. Es gibt aber auch Erfolge wo es rückwärts geht, wo man einen aus einer PS wieder in eine niedrigere kriegt. Das kann auch passieren. Es sieht zwar nicht im Prinzip gut aus, jetzt für mich als Personal jetzt, das kann passieren, das Personalabbau dadurch entsteht, wenn man zu gut pflegt, wenn man zu gute PS, also niedrige hat. Und dann muss man damit rechnen, dass man auch die Konsequenz zieht, dass man vielleicht gehen muss. Weil ja auch der Stand dann so ist. Obwohl ich immer sage in der PS 1 und 2 da muss man mehr machen. Also da ist mehr Zuwendung, auch Einsamkeit und alles, das muss man mehr machen, das kriegt man ja auch nicht bezahlt. Und das ist eben auch das, was viel drückt. Jetzt jemanden in der PS 1 jetzt im Genitalbereich beim Waschen zu helfen, Rücken waschen und Haare kämmen und so was, das was er nicht mehr so richtig kann, aber trotzdem nicht in die höhere Stufe rein kann, weil er ja noch mehr Fähigkeiten hat. Also er kriegt die noch nicht die 2, weil er noch dort und dort gut ist, kriegt er ja die höhere Stufe nicht. Aber man muss aber mehr bei ihm trotzdem machen. Aber es wird nicht bezahlt, das ist dann so. Und dann muss man eben sehen, wo man beim anderen wieder was abzweigt. Weil da kriegen auch viele mit, weil manche Heimbewohner sind auch gut aufgeklärt von den Angehörigen jetzt wieder. Die kommen dann auch und sagen das steht dir zu, das steht dir zu und die pochen dann eben auch drauf.

***Beschreibung negativer critical Incidents:***

I: Erinnern Sie sich an schwierige Situationen die für Sie belastend waren, wo etwas nicht so abgelaufen ist, wie Sie es sich vorgestellt haben.

Frau T: Ist auch schon passiert das man sich gesagt hat, wir machen jetzt das und das. Oder eine Tag vorher der Bewohner wurde informiert, der hat's gesagt bekommen. Den anderen Tag biste hingegangen: „... können sie sich noch an das Gespräch von gestern erinnern? Ja. Können Sie sich noch erinnern, was wir heute machen wollten? Ja.“ Und dann machen sie einen Rückzieher. Das passiert auch, damit muss man dann auch leben. Ich gehe zwar dann hin und frage noch ein zweites Mal nach. Aber ein drittes Mal mache ich es nicht. Weil ich finde das als Bedrängnis. Also keine Nötigung oder ich zwingen denen auch nicht was auf. Wenn er es nicht will dann sage ich eben „... ist in Ordnung, machen wir es eben nicht.“ Aber es gibt auch Situationen, wo man eigentlich über seinen Schatten springen muss und wo man sagen muss zum Heimbewohner das geht nicht, das kannste nicht durchgehen lassen. Aber das sind eben so...

*I: Was sind das für Situationen?*

Frau T: ... mit einem Fragezeichen ist das, wie geht man an so einen Heimbewohner ran? Weil von Außen kommen Beschwerden, viele Beschwerden. Wir haben eine Bewohner zum Beispiel, mit der haben wir in der Richtung Probleme. Es kommt niemand so richtig an sie ran. Weil die ist sehr unzufrieden mit sich selber. Und wenn dann möchte nur das gemacht werden, was sie will. Und das geht eben nicht. Das kann man in so einer Einrichtung nicht machen. Aber vom Stand her oder von der Gesundheit her, man muss ja immer alles betrachten, was die jetzt so gesundheitlich haben, für Probleme. Das geht dann auch nicht, man kann es bei ihr auch nicht umsetzen. Und wenn ich mit der „Brechtstange“ rangehe, dann ist es bei ihr ganz schlimm.

*I: Und wie verhalten Sie sich in so einer Situation?*

Frau T: Ich rede mit ihr ein, zwei Mal. Und wenn sie wirklich dann brüllt oder wie das immer ist, ich lass sie dann gehen. Ich geh dann. Ich kann mit mir persönlich dann,

komme ich dann auch nicht ins Reine. Warum soll ich den Menschen was aufzwingen? Aber von der anderen Sache her sage ich immer es muss eigentlich gemacht werden und du kannst es nicht machen, weil sie sich dagegen wehrt. Weil die dann pläht, brüllt, schreit und alles so was.

*I: Und um welche Situation geht's da genau?*

Frau T: Meistens um die Körperpflege. Das ist das schlimme. „Ich mach's mir, wenn ich will ...“, sagt sie und was soll man da machen. Oder „... ich bin gewaschen ...“, schon. Sie wäscht sich auch, aber sie kommt eben an den Stellen nicht mehr hin. Und dann setzt sie eben ihre Marke. Oder Wäschewechsel, oder so was das ist das Problem, sie muss dabei sein. Man muss die Wäsche reinbringen vor ihr. Ist ja alles richtig, soll sie ja auch sehen. Wenn man es raus bringt, reinbringt ist alles in Ordnung, da warten wir. Diese Heimbewohnerin sieht auch nicht ein, dass sie praktisch jetzt kränker geworden ist. Sie kann das gar nicht mehr. Hat ja selber Probleme über die Jahre gekriegt. Sie sieht nicht ein, dass sie älter geworden ist und dass sie Gebrechen hat.

*I: Ist sie dement?*

Frau T: Nein das ist eigentlich ihre Willensstärke, ihr Wille ist das. Sie will das nicht. „Was ich will das wird gemacht“. Und wenn man dann gegen sie arbeitet, stößt man immer auf Widerstand.

*I: Was war das Ergebnis dieser Situation durch Ihr Verhalten?*

Frau T: Na ja, man muss eben sehen das man eben einen Punkt erwischt, wo sie jetzt sagt, o. k. jetzt mache ich's. Und sobald sie sagt jetzt sagt sie ja, dann muss man gehen. Da muss man praktisch wie man jetzt seine Dienstzeit eingereicht hat, muss man eben sagen, so jetzt lass ich das sein. Obwohl das auch wichtig ist. Aber die sagt jetzt gerade ja, jetzt muss ich die machen.

*I: Kann man behaupten sie tanzen nach der Pfeife der Bewohnerin?*

Frau T: Ja, im Prinzip es ist so. Und es ist nicht nur die eine Frau, es sind auch mehrere, wir haben ja auch noch andere Heimbewohner. Da haben wir wirklich welche die bestimmend sind. Tja und da kann man nichts machen. Ich weiß auch nicht, wenn ich mal älter bin, ob ich mir alles gefallen lasse. Wenn ich noch denken kann, denke ich, werde ich auch meinen Willen durchsetzen wollen. Man kann einfach nicht, der Mensch ist keine Maschine. Ich hab früher Maschinen bedient. Die haste bestückt und haste voll gemacht und dann haste deinen Erfolg gekriegt oder du hat eine Fehler gemacht und da haste keinen Erfolg. Aber einen Menschen kann man nicht umkrepeln. Die Erfahrung hab ich über die Jahre in der Altenpflege gemacht. (...) Die Leute kommen im Prinzip aus anderen Schichten. Jeder hat früher mal einen anderen Beruf gehabt, man hat Hausfrauen dabei, man hat welche die haben den Beruf gelebt. Auch Frauen die waren Persönlichkeiten. Und gerade die jetzt Positionen besetzt hatten, also mit denen hat man es schwer. Ich kann mich noch daran erinnern, wir hatten mal eine Heimbewohnerin, die war Arzt gewesen. Und die hat eben gesagt so und so wird gemacht. „Wir haben das immer so gemacht und da wird das so gemacht.“ Na was will man da machen? Erst mit dem Tag wo sie so schwach gewesen war, ihre Sinne waren nicht mehr so richtig. Da hat sie sich dann gehen lassen, kann man nicht sagen, aber da musste sie sich das praktisch so machen lassen wie wir es machen. Da ging kein Weg rein Inkontinenzmaterial anzulegen,

das wurde weggeschmissen „... ich brauche das nicht ...“. Sie hat zwar mitgekriegt das Bett war alles nass, die Wäsche war nass. Aber das war sie nicht, das war ein anderer. „Da kam die, die hat auf meinem Stuhl gegessen ...“ und so. Und das musste man eben mit lernen und das ist auch noch heute so. Da gibt's auch noch solche Fälle die da sagen...

*I: Und wie gehen sie in dieser Situation um mit dem Menschen?*

Frau T: Ich geh jetzt nicht hin und schimpfe jetzt oder so. Nee ich sage dann „... na ja hier ist es nass, das müssen wir sauber machen, zum Glück haben wir eine Waschmaschine ...“ Ich bin ein Typ, ich rede dann immer viel. Ich rede nicht auf sie ein, ich sage bloß immer „... es ist nass, na ja die Putzfrau will was zu tun haben, na dann wischt sie eben hier auf.“ Oder „... die Waschmaschine hat schon lange keine Wäsche mehr ...“. So ne Sprüche eben macht man dann so. Klar ich kann ja nicht vor ihr sagen, so ein Mist, jetzt hat sie das gemacht und so. Das versteht die ja eigentlich gar nicht. Sie kriegt es ja gar nicht mit. Sie hat ja selber gesagt, sie war es nicht, sie hat es ja nicht voll gemacht. Das war ja die andere. Und deswegen versteht sie das auch nicht, wenn ich jetzt sage nee sie haben das nass gemacht. Man kann dann eben auch nicht streiten. Weil sich das einfach nicht reinstreiten lässt. Ist ja auch wie mit kleinen Kindern. Das war ich nicht, das war der oder die. So ne Situation, praktisch. Manchmal könnte man denken, man ist hier wie in so einem Kindergarten, (-lacht-) wo man kleine Kinder praktisch jetzt hier aber vom Nassen ins Trockene haben will. Hier sind ja die Heimbewohner, die nass werden. Man wills auch trocken haben, aber Kinder zum Beispiel setzt man ja auf den Top, praktisch das man sie jetzt weg haben will von der Windel. Hier ist es ja nun so, durch die Gebrechlichkeiten der Leute, der Schließmuskel, nicht geht mehr und die lassen da nun halt mal das Wasser, funktioniert nicht mehr. Muss man denen beibringen das jetzt praktisch wir eine Windel, Windel dürfen wir ja nicht sagen, aber das Inkontinenzmaterial anlegen. Man muss auch damit leben, das jemand sagt, ich will so eine Windel nicht. Das sagen auch alte Leute, ich bin kein Kind oder so. Das passiert, dass man das an den Kopf geknallt kriegt. Und dann muss man eben erklären warum das ist, wieso. Warum haben wir am Tag bloß ne Einlage drin, weil man merkt die reißt ja sowieso alles ab. Vom Material her, die Hose ist ja teurer wie die Einlage. Also gibst du ihr ne Einlage. Aber nachts, damit du nicht einen hohen Wäscheverbrauch hast, so denken wir ja, das kann sie ja gar nicht nachvollziehen, die Bewohner jetzt und das muss man dann erklären. Warum machen wir nachts die Hose ran und das geht auch in manchen Köpfen nicht rein. Und da muss man dann auch sehen, dass man auch Erfolge kriegt. Man kriegt es bei manchen, wenn die sich schon dran gewöhnt haben. Entweder die lassen es sich über sich ergehen, dann ist dann ne Weile Ruhe. Oder man muss sie auch austricksen dann. Dann muss man eben mit ihnen reden, es gibt ja welche, die wirklich alles abwehren und wegschmeißen. Dann muss man eben mit den Angehörigen reden und mit dem Heimbewohner, das man was anderes macht. Ein anderes Nachtzeug anzieht zum Beispiel, durchgehende Anzüge. Das müssen sie ja auch annehmen. Und wenn nicht, kann es passieren, dass der Anzug auch zerrupft wird.**Fragen zur Qualität in der Einrichtung: Einschätzung der Pflegequalität in der Einrichtung**

*I: Wie beurteilen Sie die Qualität der Pflege in dieser Einrichtung?*

Frau T: Ich denke eigentlich die ist gut.

*I: Nennen Sie diesbezüglich Stärken.*

Frau T: Tja Stärken? Klar wir können auch noch was verbessern, aber es ist immer abhängig vom Heimbewohner, will ich sagen. Wie der das auch annimmt. Man kann Pläne erstellen, ob man die durchsetzen kann, das weiß man nicht. Daran hapert's eigentlich, ob man das auch durchsetzen kann.

*I: Und was würden Sie als Schwäche sehen, was verbesserungswürdig wäre?*

Frau T: Tja Schwächen? Schwächen haben wir auch schon, aber ... Wollen sie die jetzt auf den Heimbewohner bezogen haben oder...

*I: Im Allgemeinen bezogen auf die Pflegequalität.*

Frau T: Tja Schwachstellen. Wir versuchen eigentlich immer, dass wir alles in den Griff kriegen. Direkt ne schwache Stellen gibt's nicht, gibt's nicht kann man nicht sagen. Wir haben sie schon, aber wo wüsste ich jetzt eigentlich auch nicht. Kann ich jetzt auch nicht sagen. Wir versuchen immer miteinander, dass wir es nicht erst zu einem Schwachpunkt machen. Sagt eigentlich jeder, da müssen wir aufpassen, da müssen wir aufpassen.

### **Anregungen für Qualitätsentwicklung**

*I: Welche Ziele in Bezug auf die Pflege sollen zukünftig erreicht werden?*

Frau T: Na eigentlich die wir uns gesetzt haben. Die wollen wir ja erreichen.

*I: Und welche sind das?*

Frau T: Na wir haben ja diese Qualitätsmanagement, was die jetzt eröffnet, was die jetzt gemacht haben. Ich hab bloß oben kurz das mir durchgelesen, stehen Stichpunkte drauf. Wenn die gesetzt werden und man kann die eben durchziehen dann wär's ja gut. Aber man muss eben immer mit allen arbeiten praktisch.

*I: Mit allen Bewohnern oder Mitarbeitern?*

Frau T: Mit allen, da ist der Heimbewohner genauso, die Angehörigen, das Personal, das sind wie alle gefragt. Und wenn eine Partei nicht mitspielt, kann man die Punkte eigentlich schon vergessen. Und eigentlich geht's ja hier um den Heimbewohner, der steht bei mir eigentlich immer an oberster Stelle. Klar die Angehörigen kommen auch und können wir nicht das und das machen, tja man kann nicht alles machen. Es geht nicht, weil im Prinzip sind wir ja ne große Familie hier. Sind ja nicht nur zwei, drei Leute, wie es früher Zu Hause war vielleicht. Im Wohnbereich oben sind 31 Leute und die alle unter einen Hut zu kriegen ist ... muss man schon beachten. Klar muss man jetzt, wenn Angehörige Wünsche haben, oder Bewohner, die werden eigentlich im Großen und Ganzen erfüllt. Wenn sie schon anfangen mit Zimmergestaltung und so. Da dürfen sie das und das mitbringen. Das und das ist vom Haus in den Zimmern drin, was man für die Pflege braucht. Und wenn sie so persönliche Dinge wollen, da bringt auch schon manch einer seine Sitzecke mit oder ne Schrankwand, was kleines und so. Das sie sich wirklich heimisch fühlen. Das sind ja auch Wünsche und es gibt auch Häuser die lassen das nicht zu. Und das finde ich eigentlich ist schon ein großer Pluspunkt. Auch so vom Mobiliar her, denke ich sind wie auch gut eingerichtet, ist nichts weißes mehr wie früher und auch (...) die Hebestühle. (...) Aber wenn der Heimbewohner nicht auf so einen Hebestuhl zum Baden zum Beispiel will, dann geht nichts los. Und wenn er nicht mitmacht können wir nur versuchen auf einen Stuhl zu setzen und duschen. Da hat man dann mehr Erfolg. Mache haben ja Angst wenn sie in die Badewanne sollen, sie kommen da nicht raus oder

wenn sie dann hoch gemacht werden oder wenn sie dann abgelassen werden, dieses hoch und runter. Es gibt auch Heimbewohner die müssen sich erst dran gewöhnen, das Bett hoch und runter gefahren wird, oder das es oben stehen bleibt. (...) Eigentlich müssen die Heimbewohner viel über sich ergehen lassen und lernen praktisch im Alter noch lernen. Die passen sich an, die stellen sich um und man will ja auch so weit wie es geht ihre Freiheiten noch lassen. Sei nicht so beeinflussen oder so, also ihnen nicht reinreden. Die sollen noch frei entscheiden, so weit wie sie noch können.

*I: Was sollte sich noch in Zukunft ändern, bezüglich der Struktur und Organisation des Hauses?*

*I: Gut ich danke Ihnen, für das interessante Gespräch.*

**Interview Nr. 27: I (Interviewer), Frau U (interviewte Mitarbeiterin)*****Berufsbiographische Angaben***

I: Zunächst habe ich ein paar Fragen zu Ihrer Person und Ihrem Beruf.

I: Wie alt sind Sie?

Frau U: 43.

*I: Wie sind Sie zu diesem Beruf gekommen?*

Frau U: Ich hab über 20 Jahre im Krankenhaus gearbeitet. Und wegen Umstrukturierungen durfte man zu Hause bleiben. ABM eine, dann war auch ne zweite ABM, sage ich mal und häusliche Alten-Krankenpflege gemacht, 1 Jahr. Und hab ein Praktikum in Maxen gemacht und bin geblieben, weil dort gerade eine ausgeschieden ist, hatte ich Glück.

*I: Welche Ausbildung haben Sie gemacht?*

Frau U: Krankenpfleger.

*I: Welche Entscheidung führte dazu diesen Beruf auszuüben?*

Frau U: Ich wollte noch nie was anderes werden, muss ich mal so sagen. Meine Mutter sagte, mach Krankenschwester.

*I: Warum sind Sie in dieser Einrichtung tätig?*

Frau U: Ich kannte M. von früher, von der katholischen Jugend. Und deswegen hab ich gesagt o. k. ich geh nach M. Und hatte wie gesagt in dem viertel Jahr Praktikum das Glück gehabt. Dort hörte ne Kollegin auf und dann hab ich gefragt ob ich mich bewerben darf und ich kann bleiben. Hab dann auch gesagt na woanders, wo den hin? Und bin dann umgezogen.

*I: Und Sie mussten nicht noch mal eine extra Ausbildung machen?*

Frau U: Ich mach jetzt noch. Also ich werde jetzt fertig, nächste Woche. Diese dreijährige zur Altenpflegerin. Wurde auch noch während meiner Probezeit eigentlich von der damaligen Leiterin gefragt, ob ich das machen würde. Das zog sich dann noch ein halbes Jahr hin. Und mach das wie gesagt jetzt seit drei Jahren und werde nächste Woche fertig.

*I: Sehr schön, herzlichen Glückwunsch.*

Frau U: Danke.

***Fragen zur Bedeutung des Qualitätsmanagements und den Zielen der Arbeit: Stellenwert und Ziele der Arbeit***

*I: Was ist Ihnen als Person in ihrer Arbeit wichtig?*

Frau U: Das die Leute zufrieden sind. Ich will mal sagen nicht das sie hundert werden, aber so dass sie zufrieden sind. Und das man selber so pflegen kann, wie man es auch will. Nach Möglichkeit ohne Zeitdruck, dass du auch mal ein bisschen Zeit hast, sage ich mal nicht nur das Gesicht zu waschen sondern auch dich mal hin zu setzen und mit den Leuten zu reden. Das wirklich die Leute zufrieden sind in aller erster Linie und das wir selber auch zufrieden sind. Das frustriert jeden, wenn du immer nur sagen musst „... ich komm gleich, ich komm gleich ...“ ich kann aber nicht gleich kommen. Das möchte ich auch mal später im Alter sagen, hier gefällt's mir.

*I: Was ist das Ziel ihrer Arbeit als Pflegekraft?*

Frau U: Eben das die Leute so weit wie es geht noch, ich sag's mal so, dass sie halt eben doch wie ich schon gesagt hab, das sie eben zufrieden sind. Und das sie auch nicht wie viele sagen betüdtelt werden. Sondern dass man sich wirklich auch mal durchsetzt und sagt, Frau X, Frau Y das bisschen Gesicht waschen können sie alleine. Und das die sich dann freut, wenn man was erreicht. Die müssen jetzt nicht sage ich mal, wenn sie als Lieger kommen nicht wieder laufen, aber das man es so weit hinkriegt, das sie mit dem zufrieden ist. Ob sie damit leben kann, dass alle zufrieden sind, sage ich mal, das wäre spitze.

*I: Woran machen Sie Qualität in der Pflege und Betreuung fest?*

Frau U: Eigentlich auch an den Bewohnern. Die sagen ihnen ja nicht, ihnen gefällt's hier nicht oder die wenigsten sagen ihnen gefälltes hier nicht.. Aber sie kriegen das mit. Die haben dort irgendwie einen Blick und was war jetzt nicht richtig. Man merkt, man merkt's halt. Und das ist eben wichtig, das das eben alles ein bisschen stimmt. Nicht bloß wie man so landläufig sagt, satt, sauber, ruhig, sondern auch ein bisschen mehr, da gehört eben mehr dazu. Und das kriegt man eben auch mit, ob sie es ihnen nun indirekt sagen, ob sie es ihnen direkt ins Gesicht sagen, mir gefällt's hier nicht. Und das ist eben wichtig, nicht nur satt und sauber.

### **Anzeichen von Qualität**

*I: Was macht eine gute Pflege und Betreuung aus?*

Frau U: Nicht bloß das ich das kann, wie man ein Gesicht wäscht. Das man meinetwegen mit den Augen anfängt oder wie auch immer. Oder wie es auch in der Schule gelernt haben. Zwei mal Waschlappen auswaschen und so weiter. Alles schön und gut. Aber das ist es nicht. Das Eingehen auf die Leute, sich mal hinsetzen, mal zuhören und ich sage mal, kann man auch mal mit weinen. Wenn halt eben jemand da sitzt, ne demente Bewohnerin, die anfängt mit weinen, weil sie gerade an ihre Oma denkt, die vor 50 Jahren gestorben ist. Das man sich auch mal hinsetzt und mal sagt, „... ja kommen sie ...“ und nimmt sie mal in den Arm.

### **Fragen zu Situationen und Verhaltensweisen von Personen an denen Qualität sichtbar wird: Beschreibung positiver critical Incidents**

*I: Welche typischen (auffallenden) Situationen aus dem Arbeitsalltag der letzten Tage sind Ihnen besonders in Erinnerung geblieben? Beschreiben Sie eine Situation wo sie denken, dass etwas gut geklappt hat zwischen Ihnen und einem Bewohner?*

Frau U: Was ich eben ungefähr sagte. Das ist eigentlich eine relativ neue Bewohnerin, stark dement und die braucht ganz, ganz viel Ruhe und auch ganz viel Zuwendung. Und das ist erst ein paar Tage her, und auch ins Bett gebracht im Spätdienst und das war eigentlich auch ein schöner Dienst muss ich mal sagen. Sie rannte nicht rum und nix, muss ich einfach so sagen. Denn sie wird von den anderen Bewohnern, wenn sie so rum rennt und durch alle Zimmer geht, ja nicht akzeptiert. Die schreien und schimpfen.

*I: Wie haben Sie sich in dieser Situation verhalten?*

Und dort an dem Tag war es eben richtig schön und sie hat auch richtig gut mitgemacht. Und die hat mir auch erzählt vom Vater oder von der Mutter auch irgendwie was. Und



ich hatte auch ein bisschen Zeit, so dass ich ihr auch mal richtig zuhören konnte. Und hab ihr dann noch so bisschen übers Gesicht gestrichen dann beim Gute-Nacht-Sagen.

*I: Was war das Ergebnis dieser Situation durch Ihr Verhalten?*

So schnell konnte ich gar nicht gucken, wie sie mich wirklich beim Kopf gepackt hat und ich kriegte halt ganz schnell ein Küsschen gedrückt. Ich fand das schön. Also muss ich sagen, da wird mir, jetzt weißt du warum du da bist. Bist nicht bloß da, wenn alle schimpfen. Das war wirklich muss ich sagen bisschen, wo du dann raus bist und schluckst, weil dann doch nicht aus Holz bist.

Beschreibung negativer critical Incidents

*I: Erinnern Sie sich an schwierige Situationen die für Sie belastend waren, wo etwas nicht so abgelaufen ist, wie Sie es sich vorgestellt haben.*

Frau U: Ja gestern und heute früh. Ein und dieselbe Bewohnerin. Gestern früh zehn nach halb acht vielleicht, da wurde ich angeschnauzt, massiv in einem Ton, wie kann ich sie wecken, sie will ausschlafen. Heute schlief sie zehn nach halb acht, dachte ich mir so, na gut lässt sie schlafen bis um 8. Um 8 kommt sie mir über den Gang und ich sagte, „oh das ist aber schön das sie schon aufwachen und aufgestanden sind von alleine.“ Und da werde ich wieder angeschnauzt weil ich sie hab schlafen lassen. So da dachte ich mir, na ja gut, was du machst, machst du eh falsch. Das kommt mir so ein bisschen hoch. Wie gesagt den einen Tag ist es nicht richtig zu wecken und den anderen tag ist es nicht richtig sie schlafen zu lassen.

*I: Und wie verhalten Sie sich in so einer Situation?*

Frau U: Na eigentlich hab ich dann zu ihr gesagt Frau sowieso sagte ich, „ich hab gedacht sie wollten schlafen, denn gestern wollten sie ja schlafen.“ (Antwort:) „Das war gestern.“ Na sage ich, „das hätte ich dann wissen müssen.“ Und lass das dann aber auch und lass es mir auch nicht anmerken, muss ich sagen.

*I: Was war das Ergebnis dieser Situation durch Ihr Verhalten?*

Ich geh dann zu jemand anderen und als ich dann wieder zurück komme in den Speiseraum, 5 Minuten später, wie umgewandelt, die gleiche Bewohnerin, wie umgewandelt. Ich weiß nicht, was ihr nicht gepasst hat. Das muss man einfach so ein bisschen sage ich mal ... man kennt ja seine Leute ... Es ist ja nicht so, dass ... Gut am Anfang da musst du auch gucken, aber die Bewohner, die wir jetzt haben, sind ja alle schon ne ganze Weile da. Und die erleben wir ja in ganz vielen Situationen. Und da kriegt man schon viel mit. Und dann sagt man sich, entweder schluckst du es und dann reicht es. Wir müssen vieles schlucken.

*I: Und wie kompensieren Sie das?*

Frau U: Also wenn es wieder mal ganz krass ist, muss ich mal sagen, da feixen die Kollegen schon immer drüber. Weil ich das auch manchmal sage, wie reden auch untereinander und wenn dann einer sagt, „... Mensch ich kann nicht ...“. Und wenn jetzt wirklich irgendwas war, wo zwei, drei Tage lang die Bewohnerin immer auf einem rumhackt, haben wir die Möglichkeit zu sagen, „... weißt du was, geh du heute mal rein, ich kann die heute nicht ersehen.“ Man selber will ja auch nicht sage ich mal im Ton vergreifen oder so was. Aber ich selber bin auch so, wenn ich nach Hause fahre, und es war ein ganz schlimmer Tag, ich fluche im Auto.

*I: Und das entlastet...?*

Frau U: ... das entlastet, das ist herrlich. Da sage ich mir manchmal, wenn dir einer entgegen kommt, die denken wohl auch, wo haben sie die losgelassen. (-lacht-) Aber das muss ich mal sagen ist mir relativ egal, ich schimpfe im Auto und wenn ich dann wieder zu Hause bin, ist alles wieder in Ordnung. Weil wir können ja das auch nicht alles zu Hause abladen. Das geht ja nicht.

### ***Fragen zur Qualität in der Einrichtung: Einschätzung der Pflegequalität in der Einrichtung***

*I: Wie beurteilen Sie die Qualität der Pflege in dieser Einrichtung?*

Frau U: Also ist gut, aber ich will mal sagen noch nicht perfekt. Weil perfekt gibt's ja nicht. Und wir bauen ja ein Qualitätsmanagement erst mal auf. Also es sind sicherlich viele Rückschläge, viele kleine Schritte und würde ich schon sagen wir versuchen alle an einem Strang zu ziehen.

*I: Nennen Sie diesbezüglich Stärken.*

Frau U: Das wir untereinander miteinander reden und das es bei uns so ist, wir sind ja ausgebildete Altenpfleger und ein paar richtige Krankenschwestern und Pflegehelfer und richtige Hilfskräfte, sage ich jetzt mal. Das es nicht ist, zumindest hab ich jetzt nur in meinem Wohnbereich die Einsicht, gerade bei uns ist es nicht so dass sage ich jetzt mal Altenpflegerin die pflegerischen Sachen macht und du kannst nur „Kacke räumen“ sage ich jetzt mal. Das man miteinander redet uns soweit im Rahmen jetzt nicht ausgebildete Mitarbeiter auch richtig intensiv mit in die Pflege einbezieht. Wir machen Pflegeplanung zusammen ist ne Gelernte, ne Ausgelernte und das ist nicht so dass dann die nicht Gelernte, sage ich mal die Berichtsblätter faltet und den Rest macht die Gelernte. Sonder es wird zusammen gemacht. Und das finde ich gut. Und das sollte vielleicht auch noch ausgebaut werden, sage ich mal. Das ist alles noch ein bisschen im Aufbau, und sicher man hat nicht immer mit einander Dienst und es hängt viel Freizeit dran. Und der eine hat kleine Kinder und die hab ich nun Gott sei Dank nicht mehr, aber das finde ich wie gesagt gut, dass man miteinander arbeitet, unabhängig davon ob das ne Altenpflegerin ist, der Chef ist, ne Hilfskraft oder von mir aus auch die Mitarbeiter der Reinigungsfirma.

*I: Und was würden Sie als Schwäche sehen, was verbesserungswürdig wäre?*

Frau U: Verbesserungswürdig wäre sicherlich auch will ich mal sagen viele, viele Pflegekräfte einstellen zu dürfen. Und die Betonung liegt auf dürfen. Das wäre aber wahrscheinlich nicht bloß in unserem Haus sondern würde ich mal sagen überall. Das es einfach irgendwelche Schreibtischleute bestimmen auf wie viele Heimbewohner eine Pflegekraft das halt eben zu schaffen hat. Und das ist halt eben nicht nur das Gesichtwaschen ... Ich sage mal die sollten das mal am eigenen Leibe erfahren. Ich hab manchmal gesagt, die sollten mal 4 Wochen unsere Arbeit machen unter den Bedingungen wie wir es machen und die anderen 4 Wochen der Bewohner sein und zu hören kriegen „... kann ich nicht, ich hab keine Zeit ...“ und das und jenes. Vielleicht würde sich da von oben her ein bisschen was ändern.

### ***Anregungen für Qualitätsentwicklung***

*I: Was sollte sich noch in Zukunft ändern, bezüglich der Struktur und Organisation des Hauses?*

Frau U: Schwierige Frage. Kann ich so auf die schnelle gar nicht sagen.

*I: Gut das war's schon. Ich danke Ihnen, dass Sie sich die Zeit genommen haben.*

**Interview Nr. 28: I (Interviewer), Herr V (interviewter Bewohner)*****Berufsbiographische Angaben***

*I: Wie alt sind Sie?*

Herr V: Na was schätzen Sie denn?

*I: Ich weiß es ja an sich.*

Herr V: Ich bin 85.

*I: Sie sehen jünger aus!*

Herr V: Na ja.

*I: Wie lange wohnen und leben Sie bereits hier im Heim?*

Herr V: Oh, seit Dezember 2003, nee 2004, 2005? Also 1 ½ Jahr reichlich wohne ich hier.

*I: Und haben Sie vorher in einem anderen Heim gewohnt?*

Herr V: Nein ich hab noch eine eigene Wohnung gehabt. Aber ich bin ja schwerbeschädigt. Ich hab ja einen schweren Herzanfall gehabt, Herzinfarkt gehabt, hab 4 Bypässe und da geht's nicht mehr.

*I: Und das sind Sie hier ins Pflegeheim gegangen.*

Herr V: Ich bin vielleicht schon 14, 15-mal im Krankenhaus gewesen. Herzklinik in X, in Y im Krankenhaus in Z und vorwiegend aber in W.

*I: Und geht es Ihnen hier gut im Heim?*

Herr V: Na ja, was heißt gut. Es geht eben. Man muss sich ja auch ein bisschen einrichten und sich auch ein bisschen Mühe mit geben.

***Fragen zur Bedeutung des Qualitätsmanagements und den Zielen der Arbeit:  
Anzeichen von Qualität***

*I: Was ist Ihnen in der Pflege und Betreuung wichtig?*

Herr V: Ja es ist so, dass die Schwestern praktisch wenn man sie braucht auch tatsächlich kommen. So ist das. Und wenn ich das so betrachte, tja nachmittags zwei Schwestern oder zwei Pfleger ist ein bisschen wenig. Denn wie haben ja Bettlägerige hier, wir haben Rollstuhlfahrer hier und vorwiegend Körperbehinderte und die sind zum Teil geistig gar nicht mehr ganz da. Na nun wo denn her nehmen? Ich meine mir ist das auch klar dass das Heim hier gebunden ist an bestimmte Vorgaben. Da kann man nichts machen dagegen.

*I: Merken Sie das, das nachmittags zuwenig Schwestern da sind?*

Herr V: Ja heute ist ein Pfleger da. Wer noch mit da ist, kann ich jetzt im Moment aus dem Kopf nicht sagen. Man trifft sie ja schon mal (-lacht-).

*I: Was ist Ihnen wichtig, das die Pflegekräfte für Sie tun?*

Herr V: Ja ich brauche sie normal fast gar nicht, nur dass sie mir die Gummistrümpfe ausziehen und anziehen. Sonst brauche ich sie noch nicht, Gott sei Dank.

*I: Was muss gemacht werden, um eine gute Pflege und Betreuung zu leisten?*

Herr V: Ja ich sage ja es fehlt ein bisschen mehr an Pflegepersonal. Das ist meine Auffassung. Ich meine die geben sich schon Mühe. Man kann nicht sagen dass sie sich keine mühe gen, also das wäre falsch gesagt.

*I: Heißt das jetzt es wird keine gute Pflege gemacht, weil zu wenig Pflegepersonal...*

Herr V: Doch ja, aber es ist zu wenig. Das langt, das Personal langt nicht zu. Aber das sind ja die Vorgaben, da kann man nichts machen.

*I: Wie fühlen Sie sich hier gepflegt und betreut?*

Herr V: Ja, an für sich kann ich nicht klagen. Ich meine das man nicht auf einmal klingeln und schon stehen sie hier. Das geht auch nicht, denn sie sind ja wo anders auch noch eingesetzt, nicht bloß bei mir. So ist das.

***Fragen zu Situationen und Verhaltensweisen von Personen an denen Qualität sichtbar wird: Beschreibung positiver critical Incidents***

*I: Beschreiben Sie mir Situationen, in denen sie gut betreut und gepflegt wurden?*

Herr V: Tja, ich will Ihnen mal eins sagen. Ich bin auch von damals her durch eine Pflegegruppe gepflegt worden. Also nicht hier im Heim, sondern zu Hause. Und da hat man mich aus dem Krankenhaus gebracht damals mit zwei Mann ins Bett gelegt und da war schon ein Arzt da und auch Pflegepersonal. Und das weiß ich noch, dass die eine hat gesagt: „... Wenn wir den morgen früh lebend wieder finden, können wie Glück haben.“ So weit war ich runter. Na und nach und nach immer wieder ein bisschen weiter erholt.

*I: Hier im Pflegeheim oder im Krankenhaus?*

Herr V: Nee zu Hause. Zu Hause war ich da noch. Das war ja sowieso ein Witz vom 31 März zum 1. April einen Herzinfarkt und einen schweren sogar. Aber da muss ich ehrlich sagen, da war der Krankenwagen und der Notarzt sofort da. So schnell hab ich es noch nie gesehen.

*I: Und seit dem Sie hier im Heim wohnen, gibt es da Situationen in denen sie gut betreut und gepflegt wurden?*

Herr V: Nee an und für sich hier kann ich nicht klagen. Ich hab ja hier weiter nichts gehabt. Ich meine wenn ich heute klinge und ne Schwester brauche, na kommt sie schon und macht das was ich brauche. Das sind ja vorwiegend, ich hab ja Gummistrümpfe, muss sie ja nun jetzt tragen. Warum und weshalb weiß ich zwar nicht ganz. Und die Ärztin kommt auch regelmäßig mich mit besuchen.

*I: Und weswegen klingeln Sie zum Beispiel nach den Schwestern?*

Herr V: Na ja was heißt nach den Schwestern, vorwiegend eben wegen den Strümpfen anziehen oder ausziehen. Ich krieg die nicht rauf und nicht runter (-lacht-).

*I: Und sonst machen Sie noch alles alleine?*

Herr V: Na mich waschen, rasieren und so weiter. Das geht alles.

***Beschreibung negativer critical Incidents***

*I: Können Sie sich an Situationen zwischen Ihnen und einer Pflegekraft erinnern, an denen sich eine schlechte Pflege und Betreuung zeigte? Beschreiben Sie Situationen, die problematisch oder schwierig für Sie waren, wo sie schlecht betreut wurden?*

Herr V: Tja, es kann eben auch mal passieren dass die mit ihrem Apparat den nicht eingeschaltet haben. Das passiert eben auch mal. Und kann man eben auch mal ne viertel Stunde warten, eh jemand kommt.

*I: Welchen Apparat meinen Sie?*

Herr V: Na die haben so ein...

*I: Einen Pieper?*

Herr V: Na so ein Ding ...

*I: Und das ist nicht eingeschaltet und dann klingeln Sie und die Schwestern hören es nicht.*

Herr V: Ja und das kann eben passieren. Na und dann entschuldigen sie sich auch. Ich meine das kann man nicht anders sagen.

*I: Beschreiben Sie genau, wie sich die Pflegeperson dabei verhalten hat?*

Herr V: Na wie gesagt die tun sich entschuldigen, das sie es nicht gehört haben.

*I: Und dann kommen die trotzdem und dann ist alles wieder in Ordnung?*

Herr V: Nun ja freilich. Ich meine ich kann ja auf den Korridor raus gehen und gucken, ob eine zu sehen ist. Und da rufe ich eben. Da kenne ich nichts.

*I: Gibt's noch andere Situationen wo Sie denken, da könnte man noch was ändern?*

Herr V: Nee an und für sich so nicht. Kann ich nicht klagen.

***Fragen zur Qualität in der Einrichtung: Einschätzung der Pflegequalität in der Einrichtung***

*I: Wie beurteilen Sie die Pflegequalität und Betreuung in dieser Einrichtung?*

Herr V: Die ist ganz gut. Aber wie gesagt es könnte eben gerade nachmittags eine Person mindestens mehr sein. Denn wenn ich mir das so angucke die Rollstuhlfahrer, die müssen gepflegt werden. Dann ist ja die Gehbehinderten, die nicht mehr ganz in Ordnung sind, die möchten betreut werden beim Essen vor allen Dingen, denn es gibt ja welche die haben hier (-zeigt einen zittrigen Arm-) und behalten gar nichts auf dem Löffel. Na alles solches Zeug. Na und da ist eben zwei Personen ein bisschen wenig.

*I: Und Früh da sind es dann drei, reicht das?*

Herr V: Früh sind drei ja. Na was heißt reichen, wenn es danach geht reichen tut das nie. Denn wie haben Bettlägerige hier, die müssen gewaschen und gepflegt werden und auch die Rollstuhlfahrer, die möchten ach gepflegt werden. Da greift ja eins ins andere.

*I: Können Sie Stärken der Pflegequalität nennen oder was ist besonders gut?*

Herr V: Na was ist besonders gut, ha? Ich meine ich persönlich brauche sie noch zu wenig oder Gott sei Dank, wenig. Wie es so bei den anderen aussieht das kann ich nicht sagen. Denn da ist man zu wenig bewandert.

*I: Was denken sie kann verbessert werden, außer der Personalknappheit?*

Herr V: Ich persönlich würde das Essen vor allen Dingen ein bisschen kritisieren. Ich weiß nicht, ob das Diätessen ist oder was. Ich bin es eben ein bisschen anders gewöhnt das Essen. Ich hab ja privat noch müssen kochen. Das ist eben wie will ich mal sagen, manchmal ein bisschen geschmacklos oder ungewürzt oder wie ich mich ausdrücken soll. Das könnte, aber wie gesagt ich weiß nicht ob die Diätköchin ist, die das macht, dass das Diät ist. Denn gerade wie auch abends die Wurst ist gar kein bisschen Gewürze drin. Also nehme ich an, dass es Diät mehr oder weniger ist.

### ***Anregungen für Qualitätsentwicklung***

*I: Was sollte sich sonst in der Zukunft ändern, hier im Haus?*

Herr V: An für sich so ist das alles so weit in Ordnung. Kann ich nicht anders sagen. Fernsehen geht, haben wir, ein paar Piepmätze haben wir. Da gehe ich ja immer hin. Ich versuche ja eine zum reden zu bringen (-lacht-) aber bei vier Stück ist es nicht drinne.

*I: Und was wollen sie dem beibringen?*

Herr V: Na wenn ich so auf den spreche, täte ich ihn gern zum reden bringen. Hab früher von einem Mitbewohner, die hatten auch einen Kanarienvogel mal zum reden gebracht.

*I: Und was hat der gesagt?*

Herr V: Na „Guter Bubi.“ „Guter Bubi“ das hat er gesagt. Und wenn wir ihn dann auf dem Tisch hatten und da hatten wir eine große Kugel dort und da hat er so lange gemacht mit der Kugel, bis er sie runter geschmissen hatte. Das ist also schon, Tiere sind auch gelehrt. Na und wenn ich hinter komme und auf den spreche da bleibt der auch sitzen und guckt mich an und fängt an zu piepsen mit. Also ein Zeichen, dass er die stimme erkennt, würde ich so sagen.

*I: Haben sie das mit dem Essen schon mal angebracht?*

Herr V: Nein. Was heißt angebracht. Wir haben schon mehrfach dies oder jenes mal gesagt, aber da sind wir zu kleine dazu.

*I: Wird das nicht angenommen von...*

Herr V: Na ja, an für sich wenn man würde die Köchin mal sprechen können, aber wir haben ja einen Beirat, der hat das ja zu machen. Na ja und das sind eben nicht die besten drinne. Sind auch nicht ganz geistig mehr normal.

*I: Und warum sind Sie nicht im Heimbeirat?*

Herr V: Tja, den haben die aufgestellt, nicht ich.

*I: Wer sind die, die den bestimmt haben?*

Herr V: Nee die Leitung, die Heimleitung, die haben die aufgestellt.

*I: Sie durften den nicht wählen?*

Herr V: Ja, wählen? Man kennt ja die Leute noch gar nicht erst vorneweg. So ist es. Wenn man die würde mehr kennen, dann würde man sagen, halt mal, hier streich solche. Aber so, kennt man ja viele nicht.

*I: Wissen Sie, dass es unten im Foyer einen Briefkasten und Zettel gibt, wo man Kritiken und Änderungswünsche drauf schreiben kann. Da kann man den Zettel in den Briefkasten stecken und dann wird das ausgewertet.*

Herr V: Das weiß ich gar nicht, muss ich ehrlich sagen.

*I: Sie sind ja mobil, da können Sie ja mal vorbeischaun. Da liegen Kulis dabei und sie können sich den Zettel mit auf Ihr Zimmer nehmen und dann beispielsweise drauf schreiben, was Sie am Essen stört und den Zettel dann in den Briefkasten werfen.*

Herr V: Ja das ist mir das Neueste, muss ich ihnen ganz ehrlich sagen.

*I: Das hängt schon seit 4 Wochen ungefähr dort und ist extra für Kritiken und Wünsche der Heimbewohner gedacht.*

Herr V: Na das ist ja gut.

*I: ich bin mit meinen Fragen am Ende. Danke für das interessante Gespräch und das Sie sich bereiterklärt haben, mir ein paar Fragen zu beantworten!*



**Interview Nr. 29: I (Interviewer), Frau C (interviewte Mitarbeiterin)*****Berufsbiographische Angaben***

*I: Zunächst habe ich ein paar Fragen zu Ihrer Person und Ihrem Beruf.*

*I: Wie alt sind Sie?*

Frau C: 45.

*I: Wie sind Sie zu diesem Beruf gekommen?*

Frau C: Ich bin Kinderkrankenschwester gelernte, war einige Jahre in den Beruf tätig. Bin dann umgezogen und aufgrund dessen musste ich mir eine andere Arbeit suchen. War dann in einer Kindereinrichtung, die wurde geschlossen. War dann weiter auf Arbeitssuche. Bin eigentlich so ins Heim gekommen. Als Kinderkrankenschwester, als ausgebildete konnte man da anfangen und bin seit 1993 tätig.

*I: Seit 1993 direkt in der Altenpflege?*

Frau C: Ja in M. schon.

*I: Warum sind Sie in dieser Einrichtung tätig?*

Frau C: Weil ich zuvor in M. war. Ich bin mit durch den Umzug hier.

*I: Welche Entscheidung führte dazu diesen Beruf auszuüben?*

Frau C: Eigentlich die Arbeitslosigkeit. Ich bin mal ganz kurz arbeitslos gewesen.

*I: Haben Sie noch eine Altenpflegeausbildung gemacht?*

Frau C: Ich hab Wohnbereichsleitung gemacht, die Ausbildung.

***Fragen zur Bedeutung des Qualitätsmanagements und den Zielen der Arbeit: Stellenwert und Ziele der Arbeit***

*I: Was ist Ihnen als Person in ihrer Arbeit wichtig?*

Frau C: Für meine Person jetzt? In der Arbeit, dass sich die Bewohner wohl fühlen, das sich weil ich ja WBL bin, das Kollektiv wohl fühlt. Ich denke das ist auch gerade in der heutigen Zeit sehr sehr wichtig. Das ist eigentlich das Hauptziel. Bissel mehr Zufriedenheit sage ich mal.

*I: Für Mitarbeiter und Bewohner?*

Frau C: Ja.

*I: Was ist das Ziel ihrer Arbeit als Pflegekraft beziehungsweise WBL?*

Frau C: (-überlegt-) Dass die Bewohner gut versorgt werden. Das sie sich eben bei uns wohl fühlen. Eigentlich dasselbe.

*I: Woran machen Sie Qualität in der Pflege und Betreuung fest?*

Frau C: (-Pause, überlegt-) Können Sie es noch mal wiederholen?

*I: Was sind Kennzeichen von Qualität in der Pflege und Betreuung?*

Frau C: Na eigentlich auch wieder. Kann man auch wieder dasselbe sagen. Das keine Pflegefehler auch entstehen, so in der Richtung.

**Anzeichen von Qualität**

*I: Was macht eine gute Pflege und Betreuung aus?*

Frau C: Ich kann das eigentlich alles so beantworten mit dem, dass die Leute zufrieden sind, alle.

*I: Und wie erreichen Sie das, das die zufrieden sind?*

Frau C: Na indem wir die Pflege gut planen, die Pflegepläne erstellen. Gute Absprachen treffen miteinander, sich zusammensetzt. Das man auch, gerade wie jeden Monat machen wir eine Teamsitzung. Das man auch Neues rüber bringt. Ne gute Dokumentation führt, wo man jederzeit nachlesen kann. Ein gutes Miteinander.

**Fragen zu Situationen und Verhaltensweisen von Personen an denen Qualität sichtbar wird: Beschreibung positiver critical Incidents**

*I: Welche typischen (auffallenden) Situationen aus dem Arbeitsalltag der letzten Tage sind Ihnen besonders in Erinnerung geblieben? Beschreiben Sie eine Situation wo sie denken, dass etwas gut geklappt hat zwischen Ihnen und einem Bewohner?*

Frau C: Wir haben heute einen Zugang gekriegt. Da hab ich eigentlich das Gefühl, dass er sich erst mal so ein bisschen aufgenommen fühlt. Allerdings muss ich dazu sagen, der ist erst heute Vormittag gekommen, um 11. War aber für mich so rein vom Gefühl her, dass er sich angenommen fühlt, dass er zwar weiß, das es irgendwie notwendig für ihn ist. Aber er hat es so rübergebracht, dass er sich vielleicht her zu Hause fühlen könnte. Das fand ich eigentlich schön.

*I: Wie haben Sie sich in dieser Situation verhalten?*

Frau C: Indem ich ihm also erst mal das Umfeld erklärt habe, mich vorgestellt habe. Das was alles hier so gemacht wird, dass wir auch mal Ausfahrten machen, so in der Richtung.

*I: Was war das Ergebnis dieser Situation durch Ihr Verhalten?*

Frau C: Ich hatte das Gefühl, dass er sich eben hier wohl fühlen könnte. Also wie gesagt, er ist ja erst vor ein paar Stunden gekommen.

*I: Aus der Sichtweise der Wohnbereichsleiterin, gibt es Situationen, die Sie bei Kollegen beobachtet oder erlebt haben wo etwas gut geklappt hat zwischen einem Mitarbeiter und einem Bewohner und mir beschreiben?*

Frau C: Heute hat mir eine Kollegin erzählt, wo sie nach ein paar tagen frei wieder gekommen ist, dass die Bewohnerin sagte „... ach dass ist schön, dass sie wieder da sind und können wir dann gleich mal baden?“ Das sie sich gefreut hatte, das sie wieder da ist.

**Beschreibung negativer critical Incidents**

*I: Erinnern Sie sich an schwierige Situationen die für Sie belastend waren, wo etwas nicht so abgelaufen ist, wie Sie es sich vorgestellt haben.*

Frau C: Ja wir haben eine Bewohnerin, die ist ziemlich unzufrieden mit eigentlich allem. Vom Speiseplan angefangen über die ärztliche Betreuung. Obwohl die Ärztin jeden Mittwoch kommt zu ihr. Sie mir zum Beispiel sagt, das und das tut ihr weh. Und wenn dann die Ärztin dann da ist, ist es gar nicht mehr so. Und wo ich mich dann fragen warum und die Ärztin muss ja am Ende dann denken, was will die Schwester? Da ist alles

nicht mehr wahr und am nächsten Tag ist es dann wieder wahr. Und da wird ja nichts gemacht...

*I: Und wie verhalten Sie sich in so einer Situation?*

Frau C: Ich versuche es ihr sachlich zu erklären, dass ich ja eigentlich das in die Wege geleitet habe, diesen Arztbesuch.

*I: Was war das Ergebnis dieser Situation durch Ihr Verhalten?*

Frau C: Ein richtiges Ergebnis gibt es da eigentlich nicht. Die Bewohnerin ist unzufrieden, weil eben angeblich nichts gemacht wurde. Ich bin unzufrieden, weil sie es nicht versteht, obwohl ich denke, sie könnte es. Wir haben ja auch demente Bewohner, aber bei ihr würde ich denken, sie könnte es schon noch verstehen. Ich bin dann auch ein bisschen unzufrieden, ein richtig tolles Ergebnis ist da nicht.

*I: Gibt es Situationen zwischen anderen Mitarbeitern und Bewohnern wo etwas nicht so abgelaufen ist, wie Sie es sich vorgestellt haben und mir beschreiben?*

Frau C: Ja, zum Beispiel haben wir einen Pfleger. Das ist der einzige Pfleger und da sind ja die Frauen immer sehr sehr, also sie wollen immer ihn haben und er kann ja nicht überall sein. Und da gibt's dann auch manchmal Streitigkeiten, richtige Streitigkeiten wer zuerst dran kommt, wer zuerst abends ins Bett gebracht wird. So was und das läuft eigentlich wie bei dem Beispiel von vorhin genauso. Da ist kein richtig gutes Ergebnis. Und der Mitarbeiter weiß dass er nicht überall gleichzeitig sein kann und er weiß auch dass er eigentlich niemanden bevorzugen sollte. Und die Bewohner wollen es aber halt und da gibt's auch kein gutes Ergebnis am Ende.

*I: Und wie verhält sich der Pfleger den Bewohnern gegenüber in der Situation?*

Frau C: Ja am Anfang ist es ihm sehr sehr schwer gefallen. Es ist dann manchmal zu mir gekommen und hat mir das Herz bei mir ausgeschüttet. Wie er sich halt verhalten soll und ich hab ich dann eben gesagt, es soll immer wieder Gespräch suchen und denen so gut wie möglich erklären, dass es ja nicht geht, alles auf einmal. Kann man eben nicht machen. Er hat das auch angenommen und es ist jetzt auch ein Stück weit besser geworden. Am Anfang war es nicht ganz so. da hat er schon versucht ein bisschen die, jetzt sage ich mal so, manche Bewohner die jetzt ganz laut schreien in Anführungszeichen, könnten ja zuerst dran kommen. Und die anderen, die eigentlich hilfsbedürftig sind und ganz leise sind, die sind dann oft die letzten. Das hab ich ihm eben versucht zu erklären, dass man eigentlich wirklich alle ... Das war vielleicht auch so um aus der Sache so gut, aus der Sache gut herauszukommen. Die ruhigen haben sich ja dann nicht mehr gemeldet, aber es ist besser geworden. Aber durch Gespräche.

### ***Fragen zur Qualität in der Einrichtung: Einschätzung der Pflegequalität in der Einrichtung***

*I: Wie beurteilen Sie die Qualität der Pflege in dieser Einrichtung?*

Frau C: Ich würde sie eigentlich als gut beurteilen. Es ist nur, manchmal müsste man wirklich mehr Personal haben. Damit die Qualität besser wird. Wir merken das ja auch im Gespräch von den Bewohnern, das dann oft gesagt wird, „... ach sie machen immer alles husch husch ...“ weil wir ja dann schon wieder ... so viel Personal sind wir nicht. Und aber was so gerade in der Dekubitusprophylaxe und so was angeht, da versuchen wir

schon alles zu machen. Wir dokumentieren es auch eigentlich gut, wir führen Trinkprotokolle wo man eigentlich auch die Qualität sichtbar macht.

*I: Nennen Sie diesbezüglich Stärken in der Pflegequalität.*

Frau C: Na ich finde was so die Dokumentation angeht, da haben wir schon Fortschritte gemacht. Die Planung und so was, das wird jetzt schon besser gemacht, wie am Anfang. Ich meine, wir haben auch Mitarbeiter, die nach der Ausbildung gleich hier begonnen haben, wo jetzt ein bisschen die Praxiserfahrung fehlt. Aber das denke ich mal schon, ist besser geworden.

*I: Und was würden Sie als Schwäche sehen, was verbesserungswürdig wäre?*

Frau C: Mehr Personal vielleicht. Aber das ist ja keine Schwäche (-lacht-).

### **Anregungen für Qualitätsentwicklung**

*I: Welche Ziele in Bezug auf die Pflege sollen zukünftig erreicht werden?*

Frau C: (-Pause, überlegt-) Weiß ich eben auch nicht.

*I: Was sollte sich noch in Zukunft ändern, bezüglich der Struktur und Organisation des Hauses?*

Frau C: (-Pause, überlegt-) Eventuell bessere Absprachen. Wir haben ja ganz viele Ärzte Etagenweise, und das man jetzt, wir machen es teilweise, Bescheid sagen, das wir anrufen im anderen Wohnbereich, heute kommt der und der Arzt. Wir haben ja einen Plan, wann die regelmäßig kommen, der nächste Arztbesuch steht fest, aber wenn die zwischendurch mal kommen, das man einfach auf der anderen Etage mal anruft und sagt, heute kommt der Arzt und wenn ihr auch was habt ... Das könnte vielleicht noch verbessert werden. Die Medikamentenbestellung müsste manchmal noch ein bisschen verbessert werden.

*I: Und was da genau?*

Frau C: Wir wissen manchmal nicht so richtig, oder wir erfahren es spät, sage ich mal, wann ein Arzt in Urlaub geht. Den Fall hatten wir vorige Woche wieder und die Medikamentenbestellung ist schon raus gegangen und dann auf einmal kommt die Meldung, der geht jetzt in Urlaub und da müssen wir ja mehr bestellen. So was. Das man es eben eher weiß. Aber das denke ich mal, ist ja eher die Aufgabe des Arztes und liegt nicht an der Organisation des Hauses.

*I: Sie haben vorhin angesprochen mehr Personal, wie könnte man das denn ändern?*

Frau C: Indem die Pflegestufen erhöht werden würden.

*I: Was bedeutet das genau?*

Frau C: Das man genau gucken muss, wo man jetzt einschätzen könnte, hier könnte eine höhere Beantragung stattfinden. Das man dort auch noch besser und noch mehr, intensiver dokumentiert. Das man auch den Weg geht, in Widerruf zu gehen. Manchmal wollen wir ja sage ich mal, ne 2 beantragen und kriegen nach wie vor ne 1 und sind eigentlich damit nicht zufrieden. Und das wir dann nicht sagen, na ja gut wir lassen es jetzt, das man wirklich weiter dran arbeitet und nicht darauf beruhen lässt.

*I: Machen Sie das schon so oder soll das zukünftig...*

Frau C: Nö, das machen wir eigentlich.

*I: Das war's schon. Ich bedanke mich fürs Gespräch.*

## Anlage 12: Interviews T<sub>2</sub>

**Interview Nr. 01: I (Interviewer), Frau E (interviewte Mitarbeiterin)**

***Fragen zu Situationen und Verhaltensweisen von Personen an denen Qualität sichtbar wird: Beschreibung positiver critical Incidents***

*I: Zunächst habe ich ein paar Fragen zu ihrem Arbeitsalltag. Und zwar welche auffallenden Situationen aus dem Arbeitsalltag der letzten Tage sind Ihnen in Erinnerung geblieben und können Sie mir da eine Situation beschreiben wo sich etwas besonders Gutes zwischen Ihnen und einem Bewohner ereignet hat?*

Frau E: Ja..., eigentlich (kurze Pause) Kann ich auch mit Namen arbeiten?

*I: Ja, ich streiche das dann raus. Es bleibt anonym.*

Frau E: Die Heimbewohnerin ist bei uns 100 Jahre, also die wird jetzt 101 und die ist manchmal auch, na ja durchs Alter halt bedingt, hat Sie mal gute Laune und mal schlechte Laune. Na ja und da bin ich heute früh rein weil sie gestern Abend war ich schon da zum Spätdienst und da war sie eben nicht so gut gelaunt. Und da hat Sie ein bisschen geschimpft und heute Früh kam ich rein und da hat Sie sich eben gefreut und da hat sie gesagt, das es schön ist das ich sie besuche, na ja und da haben wir ein bisschen hin- und her geredet, also die war heute Früh ganz lieb. Also das ist eigentlich schön, also das ist sehr schön. 100 und fast ein Jahr also da kann man sich freuen.

*I: Ja und was haben Sie genau gemacht?*

Frau E: Ich habe ihr nur das Frühstück gebracht und das war schon ausschlaggebend, das da einer rein gekommen ist und mal ein bisschen geredet hat mit ihr, wo andere eben dann nicht so sind.

*I: Andere Bewohner?*

Frau E: Andere Bewohner, jetzt ja, die eben halt noch jünger sind. Also da muss man schon staunen.

*I: Und was war das Ergebnis dann dieser Situation?*

Frau E: Na das sie eben heute gute Laune hat, weil und das man sie gleich mit rausnehmen konnte, wir haben Sie dann in den Rollstuhl gesetzt, und war alles o. k., Sie ist auch mit zum Gottesdienst gegangen. (kurze Pause). Das ist dann auch immer das Ergebnis.

*I: ja, ja, na da ist Sie mobilisiert und kommt raus.*

Frau E: genau.

***Beschreibung negativer critical Incidents***

*I: Können Sie sich an eine schwierige Situation erinnern die eher belastend war und was nicht so abgelaufen ist mit einem Bewohner? Nicht so gut geklappt hat?*

Frau E: mmm..., (kurze Pause), na ja schwierige Situation, (kurze Pause) das sind immer, ist meistens eine Heimbewohnerin, also die klingelt sehr viel und meistens wenn man dann hinkommt ist nichts weiter, also das ist schon! Man nimmt Sie raus aus dem Bett und also fünf Minuten später, da klingelt Sie schon wieder, weil sie sich wieder hinlegen will, die Beine reingelegt haben will ins Bett, aber man ärgert sich darüber, weil man weiß Sie kann das auch alleine. Das macht Sie dann also, will ich mal sagen, das ist wie ein

bisschen Schikane so. Und weil sie will das gerne jemand um sie ist. Bloß das geht eben nicht!

*I: Ja, warum geht es nicht?*

Frau E: Ja, weil wir zu wenige Leute sind auf Station und wir auch nicht die Zeit haben dazu. Ich mein man geht schon, man geht ja immer wenn es klingelt ja, aber das ist dann halt ein bisschen viel.

*I: Und wie verhalten Sie sich in dieser Situation?*

Frau E: Na, freundlich. Man erklärt es Ihr zumindest dann auch und sagt, dass es nicht so geht. Es sind ja noch 29 andere Heimbewohner auf Station, wenn die das alle so machen würden, dann kämmen wir zu nichts. Sie reagiert dann manchmal einsichtig und sagt selber, dass sie das weiß, dass sie immer sehr nervig ist, aber das hat sie im nächsten Moment schon wieder weg gestrichen.

***Fragen zur Qualität in der Einrichtung: Einschätzung der Pflegequalität in der Einrichtung***

*I: Woran machen Sie Qualität in der Pflege und Betreuung fest? Oder was macht eine gute Pflege und Betreuung aus ihrer Meinung nach?*

Frau E: Na ja das man eben Zeit hat für den Heimbewohner, das man sich richtig rundum um Ihn kümmern kann, das man halt viele Gespräche führen kann oder mit ihm Beschäftigungen macht. (kurze Pause)... Mehr fällt mir jetzt eigentlich nicht ein.

*I: Was hat sich konkret in der Pflege und Betreuung in ihrer Einrichtung geändert seit vielleicht letztem Jahr?*

Frau E: (lange Pause) Kann ich jetzt nicht wirklich, also wir haben auch nicht jetzt wirklich mehr Zeit für die Heimbewohner, das ist ja eigentlich, das A und O, aber das hat sich nicht geändert. Das ist eigentlich gleich bleibend geblieben. Das man eben nicht soviel Zeit hat. (Kurze Pause) Aber ich muss mal dazu sagen, wir nehmen uns dann auch mal die Zeit und setzen uns dann halt mal hin, aber direkt dass sich das jetzt geändert hätte?

*I: Und hat sich in der Beziehung zum Bewohner vielleicht was geändert in der letzten Zeit, seit dem letzten Jahr?*

Frau E: Ja man hat sich näher kennen gelernt, würde ich mal sagen, man kennt die Leute nun besser, halt, ich mein nun gut das ändert sich nun auch von Tag zu Tag, gesundheitlich halt bei den Heimbewohnern.

*I: Und allgemein hat sich die Qualität im Haus geändert, Pflegequalität, Betreuungsqualität?*

Frau E: Doch das würde ich schon denken. So gerade in Betreuung. Ich mein die haben ja jeden Tag ein Angebot, wo sie können hier zur Beschäftigung gehen oder gerade jetzt wenn es schön wird, wir haben ja nun auch die 1€ Jobber die gehen dann halt mit denen raus also das find ich schon gut, das es so was gibt.

*I: War das vorher anders?*

Frau E: Na ja, da hatten wir die 1 € Jobber nicht, da musste man halt sehen, dass die Angehörigen mit den Leuten rausgehen, denn wir können es ja nicht. Wir können ja nicht weg.

***Fragen zur Qualitätsentwicklung: Entwicklungen, Veränderungen und Ereignisse durch das Qualitätsmanagement***

*I: Beschreiben Sie konkrete oder besondere Veränderungen und Entwicklungen an denen Sie beteiligt waren, Projekte, können Sie da etwas nennen?*

Frau E: Projekte?

*I: Entwicklungen, irgendwas was sich im Haus verändert hat? Organisatorische oder Mitarbeiterbezogene Veränderungen?*

Frau E: Mitarbeiterbezogene Veränderungen? Kurze Pause. Na ja bei uns hat es ja jetzt einige Wechsel gegeben von Mitbewohnern, äh Personal. Aber so jetzt grundlegend nein, kann ich nichts sagen.

*I: Haben sie von irgendwelchen Entwicklungen, Veränderungen, Projekten gehört, wo andere Mitarbeiter, andere Kollegen beteiligt waren?*

Frau E: (kurze Pause) gehört ja.

*I: Und was wäre das?*

Frau E: mmmh..... wenn es mir nur gleich einfallen würde. (kurze Pause)... nein, weiß ich nicht, kann ich nicht sagen.

*I: O. k. Also fällt Ihnen nichts ein?*

Frau E: Nein, nein weiß ich jetzt nicht, das fällt mir bestimmt dann wieder ein, wenn ich hier raus bin. (Kurze Pause)... Weil man sich damit jetzt so gar nicht auseinandersetzt. Wenn jetzt nicht so selber so betrifft, kann jetzt nicht, weiß ich jetzt nicht.

*I: Was würde Sie denn selber betreffen?*

Frau E: Was mich selber jetzt betrifft?

*I: Zum Beispiel was mit dem Haus, der Organisation zu tun hätte?*

Frau E: (längere Pause).... eigentlich weniger, ich bin halt nur da für die Heimbewohner. Ich habe jetzt so direkt nichts damit zutun. Ich meine das, wenn irgendetwas ist oder so das man das macht ist eigentlich selbstverständlich. (kurze Pause).... Weiß nicht?

*I: O. k. Ja dann war's das eigentlich schon.*

Frau E: lacht... war's Das?

*I: Ich bedanke mich für das Gespräch und das Sie sich die Zeit genommen haben, herzlichen Dank und das bleibt alles anonym.*



**Interview Nr. 02: I (Interviewer), Herr J (interviewter Mitarbeiter)*****Fragen zu Situationen und Verhaltensweisen von Personen an denen Qualität sichtbar wird: Beschreibung positiver critical Incidents***

*I: Zunächst habe ich allgemein erst einmal ein paar Fragen zum Arbeitsalltag, der Pflege hier. Können sie mir eine konkrete Situation aus dem Arbeitsalltag beschreiben in der eine Pflegeperson gut gepflegt hat?*

Herr J: (lange Pause) Hatten wir das schon mal?

*I: Ja.*

Herr J: (längere Pause). Ja, ich kann Ihnen eine Situation beschreiben, was ein schönes Erfolgserlebnis für uns war, eigentlich. Das wir gestern unseren Tag der Einführung der Computerdokumentation hatten und das eigentlich die Pflege von unserer Jugend geleistet wurde. Das sind also FSJ-ler und Praktikanten mehrheitlich im Dienst gewesen. Die haben den Tag sehr gut hingekriegt. Haben einen Singkreis mit den Bewohnern gemacht und haben sie pflegerisch sehr gut versorgt, ohne extra angeleitet wurden zu sein. Das war mal so. Ist aber allerdings nicht ganz was Pflegerisches. Wollen sie noch was Pflegerisches haben gern?

*I: Nein, das ist o. k. Was haben die da konkret gemacht, die Mitarbeiter? Außer dem Singkreis? (Kurze Pause) Oder war das begrenzt auf eine Zeit, wo die allein...?*

Herr J: Nein, im Prinzip mussten die den Dienst, den gesamten Dienst, selbständig arbeiten bis auf die Behandlungspflegen und ganz bestimmte Tätigkeiten die bloß von Fachkräften gemacht dürfen und ansonsten haben die alleine das Ding geschmissen den ganzen Tag. Haben dort auch eigentlich in einer sehr guten Weise auch ein Beschäftigungsangebot gemacht, was so auch nicht vorgegeben war und nicht unbedingt geplant war.

*I: Was war das Ergebnis der Situation?*

Herr J: (lange Pause) Das Ergebnis der Situation war eigentlich eine Bewohnerbefriedigung in Form von Aktivierung und Pflege, das die Leute sich sehr darüber gefreut haben, das die das sehr gut angenommen haben, die Bewohner.

*I: Ja, und für die Mitarbeiter, also die...?*

Herr J: Ein Erfolgserlebnis, auf jeden Fall, denke ich. Also es ist unter den Fachkräften ausgewertet wurden als die Situation so bekannt war. Das es gut gelaufen ist und es auch gewertschätzt wurde von der Wohnbereichsleitung gegenüber den Praktikanten und das die auch ein ordentliches Erfolgserlebnis hatten und die haben sich dann auch sehr darüber gefreut, selber, das war was Schönes.

*I: Ja, und gibt es eine konkrete Situation aus der Pflege, die Sie, die Ihnen einfällt? Die sie beobachtet haben oder mitbekommen haben?*

Herr J: Ich pflege nicht selber!

*I: Nein. Von einer anderen Person, nicht ihnen?*

Herr J: Ja, ich weiß, aber da müsste ich ja mitgehen, ich bin nicht selber mitgegangen.

I: Gut. o. k.

Herr J: Ich gebe ihnen jetzt mal mit Absicht keine Antwort drauf, weil das geheuchelt wäre.

I: Ja, ja, nein es ist richtig. Wenn sie da kein Beispiel haben ist das o. k.

### **Beschreibung negativer critical Incidents**

I: Können sie mir eine Situation beschreiben in der eine Pflegeperson schlecht gepflegt hat? Oder mit einem Bewohner nicht so optimal umgegangen ist?

Herr J: (kurze Pause) Wir haben solche Situationen, dass wir im Prinzip eine Fachkraft haben deren Umgang mit dem Bewohner zu wünschen übrig lässt. (kurze Pause) Die einfach von ihrem Wesen her teilweise unfreundlich ist oder so ein bisschen einen hartherzigen Eindruck macht. Das ist einfach, wo wir im Moment in Gesprächen daran sind das zu bearbeiten um dort eine Situationsänderung herbei zu führen. (kurze Pause) So, die ist in ihrem Ton gegenüber den Bewohnern zum Teil unfreundlich und in ihrer Art zu pflegen zum Teil, sagen wir mal rau und unsanft.

I: Gibt es da eine konkrete Situation wo Das auftritt?

Herr J: Nein.

I: Also die ist immer so?

Herr J: Es ist einfach mehrfach aufgetreten und die anderen Mitarbeiter und Bewohner haben es bemerkt und haben sich darüber geäußert, negativ. Also das ist keine Einzelsituation, sondern mehrheitlich aufgetreten.

I: Ja, und schätzen sie ein warum die Person so ist, handelt, sich gibt gegenüber Bewohnern?

Herr J: (lange Pause) Pause. Ruhe sanft...

I: Gut o. k.

Herr J: Nein, fällt mir schwer das einzuschätzen. Das ist eine längere Entwicklung im Prinzip von der Person. Wir haben versucht, die hat jetzt ihre Altenpflegeausbildung nachgemacht, wir haben versucht die in Form von Wertschätzung und einfach Qualifikation dort ein Stück weit zu verändern, in dem man ihr Verantwortung überträgt. Dann hat sie, weil sie ja sonst eigentlich fachlich gut ist, haben wir ja angetragen und weil sie das auch gerne selber wollte Mentor zu machen und jetzt war Hintergrund, gedanklicher Hintergrund der Sache eben, das ich mir davon erhofft hab, das sie dadurch selber etwas angespornt wird und mit den Bewohnern freundlicher umgeht.

I: Was aber nicht der Fall ist?

Herr J: Nicht unbedingt der Fall ist, nein. Und dazu gab es schon Gespräche mal, wir haben Sie also darauf hingewiesen und trotzdem ist die Vision mit der Wertschätzung und den übertragenen Kompetenzen und Verantwortung, das da mit eine Verbesserung auch des Umgangs eintritt, ist eigentlich nicht eingetreten. Also müssen wir da mit weiteren Gesprächen dort ran, um dort eine Veränderung herbei zu führen.

*I: Und was würden Sie gerne verändern an der Person, wie soll die Veränderung aussehen?*

Herr J: In dem ich sie ganz klar auf ihre Mängel hinweise und also trotzdem den Weg weiter beschreite in dem Gespräch doch Wertschätzung für ihre Arbeit, für ihre Qualifikation, für ihr Engagement rüber zu bringen und sie damit auch ein Stück motiviere an sich dort selber zu arbeiten, was den Umgang mit den Bewohnern betrifft.

*I: Ist diese Person zu Mitarbeitern auch so?*

Herr J: (lange Pause) Die Mitarbeiter beklagen, teilweise, beklagen die Hilfskräfte, das sie doch sehr auf ihrem Fachkraftstatus, den etwas ausnutzt eben.

*I: Also gibt's da so Konkurrenzdenken?*

Herr J: Ja, denke ich so in der Art. (lange Pause)

### ***Fragen zur Qualität in der Einrichtung: Einschätzung der Pflegequalität in der Einrichtung***

*I: Ich hätte dann Fragen zur Qualität dann hier im Haus. Woran machen Sie Qualität in Pflege und Betreuung fest?*

Herr J: Können wir nicht das alte Interview nehmen? Da habe ich das alles schon mal gesagt. (kurze Pause) Qualität im Haus mache ich eigentlich an der Bewohnerzufriedenheit fest und an der Bewältigung der Tätigkeiten die zu machen sind und am Ende auf jeden Fall auch an der Zufriedenheit der Mitarbeiter, am Betriebsklima. Das sind so für mich wichtige Dinge an denen ich Qualitäten messe.

*I: Und was macht eine gute Pflege und Betreuung aus?*

Herr J: (lange Pause) Also pflegerisch auf jeden Fall, dass man immer so pflegt, dass niemand verletzt wird dabei. Dass einfach der Gesundheitszustand der Bewohner immer sehr gut ist, entsprechend gut, wie das erfordert wird bei einer fachlich guten Pflege. Der wird ja nicht immer gut sein. Der ist zum Teil ja auch krankheitsbedingt nicht gut. Aber so das man sagen kann das ist nicht durch Pflegefehler bedingt ist das auf jeden Fall, wieder auf die Zufriedenheit der Bewohner (lange Pause) einfach das man es auch schafft täglich Betreuungsangebote zu machen und die Bewohner dazu zu motivieren, das ist für mich wichtig an Betreuungsangeboten, das dort einfach eine Kontinuität da ist und sich der Bewohner darauf verlassen kann der dort täglich was angeboten kriegt. Was war die Frage bitte noch einmal?

*I: Was macht eine gute Pflege und Betreuung aus?*

Herr J: (lange Pause).

*I: Wenn ihnen nichts mehr einfällt ist das o. k.*

Herr J: Nein. Weiter.

### ***Fragen zur Qualitätsentwicklung: Entwicklungen, Veränderungen und Ereignisse durch das Qualitätsmanagement***

*I: Was hat sich konkret in der Pflege und Betreuung hier im Haus im Zeitraum hier von letztem Jahr im Sommer bis jetzt verändert?*

Herr J: (lange Pause) Also zur Sicherung der Pflege sind eine ganze Menge neuere Standards eingeführt wurden die die Kollegen auch zunehmend besser umsetzen (lange Pause)

*I: Woran erkennen Sie das, dass die besser umgesetzt werden?*

Herr J: An den Aktivitäten und an der Pflegequalität selber durch Pflegevisiten und ähnliche Dinge, so das zieht sich bis in den Bereich der Dokumentation und der Nachweise dass die qualitativ umfangreicher und besser geführt werden. Damit auch eine höhere Rechtssicherheit auch bieten, eine bessere Qualität in der Pflege gewährleisten, was ja auch als Wissensquelle dient in dem Sinne (kurze Pause). Pflegerisch vielleicht noch, das wir haben eine sehr geringe Häufigkeit an Wundversorgung oder überhaupt Wunden, wobei man sagen kann, das aus pflegerischen Fehlern eigentlich keine Wunden entstanden sind. Das ist doch eine klare Vorwärtsentwicklung. Durch Lagerung und kompetenten Umgang mit Anwendung von Prophylaxen und solchen Dingen. Das vielleicht zum pflegerischen. Betreuerisch ist es einfach die Kontinuität der Angebote die besser geworden ist, was uns vorher schwerer gefallen ist. Wirklich täglich, wochentäglich wenigstens Vormittag und Nachmittag den Bewohnern ein Beschäftigungsangebot zu machen und die Kontinuität der Angebote der Bewohner die eben bettlägerig sind, ist einfach gestiegen.

*I: Für die Bewohner....*

Herr J: Ja, für die Bewohner

*I: Was machen Sie da so genau mit denen?*

Herr J: Im Prinzip hat die Ergotherapeutin das geschafft in Zeiten, in Ruhephasen, wo sie hier unten in der Ergo nichts macht, mehr zu den Bewohnern hin zugehen und denen was anzubieten. Gespräche, Beschäftigung am Bett mit ergotherapeutischen Hintergrund, Spiele die ganz normalen alltäglichen Dinge.

*I: Wird das angenommen von den Bewohnern?*

Herr J: Wird gerne angenommen. Also die Erhöhung der Qualität im betreuerischen Bereich kann man eigentlich sehr gut daran erkennen, dass viele Bewohner richtig das Bedürfnis haben und nach den Beschäftigungsangeboten fragen. Das ist eine klare Weiterentwicklung, das war vorher nicht so. Die auch mit besserer Einarbeitung der Ergo gewachsen ist. Dort ist wirklich ein Vorankommen zu erkennen und insgesamt im Haus ist natürlich als Ergebnis oder der Teamfestigung, das Betriebsklima einfach gefestigt wurden. Dort ist auch eine klare Qualitätsentwicklung zu erkennen. Dass in der Motivation der Mitarbeiter was ja gewachsen ist und durch Selektieren von guten Mitarbeitern sich jetzt auch einfach bemerkbar macht. Das man merkt, das Team hat sich gefestigt auch aus soziologischer Sicht.

*I: Und hat sich in der Beziehung zum Bewohner, was geändert seit letztem Jahr?*

Herr J: Also die Bezugspflege in der Einrichtung ist ja nicht konsequent eingeführt, sondern nur teilweise und das auch bewusst, um die Ersetzbarkeit sicher zu stellen und die weil wir die Möglichkeiten personell so nicht gesehen haben um die Bezugspflege konsequent durchzusetzen, so das die selben Mitarbeiter immer jetzt die selben Bewohner bloß pflegen würden, also der Punkt ist ja nicht umgesetzt. Es hat sich aber in sofern schon einiges verändert im Rahmen der Einführung der Bezugspflege, dass Bewohner doch

teilweise ihre Bezugspflegekräfte kennen und sich auch an die wenden und die Bezugspflegekräfte bewusst bei ihren Bezugsbewohnern nachfragen, nach Bedürfnissen. Das ist so die Schiene und die andere Schiene ist eigentlich die Dokumentationsschiene, das man sagen kann, das es dort eine Qualitätsverbesserung gab, indem Verantwortlichkeiten für schriftliche Unterlagen in der Dokumentation klar auf die Bezugspflegekräfte delegiert wurden sind und die, die Verantwortung auch wahrnehmen und damit eine Erhöhung der Qualität und der Vollständigkeit der Dokumentation sichtbar wird.

*I: Und worauf führen sie die Veränderungen zurück, dass sich die Pflegequalität und Betreuungsqualität verbessert hat?*

Herr J: (Kurze Pause) Auf die Weiterentwicklung und Einführung des Qualitätsmanagements im Hause, im weiten Sinne und im Einzelnen aus Einzelsachen, eben zum Beispiel doch eine teilweise Einführung der Bezugspflege, eine Stabilisierung der Teams und somit des Arbeitsklimas auf eine stabile personelle Ausstattung, die uns im letzten Jahr eigentlich gut gelungen ist, besser gelungen ist als zum Teil vorher, muss man auch so sagen, unter Einbeziehung von FSJ-lern und 1-Euro-Jobbern und ähnlichem Personal. (Kurze Pause) Ich begründe das weiter eigentlich mit einem Stück unserem Fortbildungsprogramm, was dann sich doch in einer erhöhten Qualität zeigt, Arbeitsqualität auch Dokumentationsqualität.

*I: Was ist da so gelaufen an Fortbildungen? Speziell zu den Bereichen?*

Herr J: Also regelmäßig sind zirka 2-mal im Jahr Fortbildungen im Bereich der Demenz, Validation im Umgang mit Dementen zu den Themen Aggressionen im Alter und ähnlichen Dingen, zur Thematik Psychohygiene.

*I: Und speziell darin hat sich dann auch etwas geändert im Bezug auf den Bewohner dann praktisch?*

Herr J: Der Umgang der Mitarbeiter gegenüber der Bewohner ist kompetenter geworden, weil sie einfach lernen zu validieren, weil sie einfach lernen eine Psychohygiene zu betreiben und mit Problemen besser umzugehen die einfach entstehen durch unsere Tätigkeit.

*I: Was ist Psychohygiene? Oder was kann ich darunter verstehen?*

Herr J: In den Bereich der Psychohygiene würde ich auf jeden Fall ein Stück Selbstschutz, eben kompetenter Umgang mit Aggressionen der Bewohner fügen wollen. In dem Bereich ja, wie gehe ich mit der Problematik der Leiden der alten Menschen selber um, das ich das ertragen kann. Dort auch zu unterscheiden zwischen Mitgefühl in dem Sinne aber nicht mit leiden, das ist für mich ein wichtiger Punkt. Im Bereich der Psychohygiene würde ich auf jeden Fall auch das Arbeitsklima ein Stück weit mit einschätzen wollen oder einbringen, das man sagt, es ist einfach eine höhere Motivation und Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter in einem guten funktionierendem Team möglich, als das bei viel Stress und viel Streit untereinander möglich ist. Das sind so für mich Puzzle. Sicher ist auch ausgeglichene Dienstpläne ein Stück, das man, Inhalt von Psychohygiene, das einfach Zeiten findet in dem man physisch und psychisch erholen kann, in dem man auch größere Freiräume mal hat zeitlich, indem man mal keine Dienste hat. Das sind so alles Puzzle Psychohygiene. Wertschätzung durch die Leitung ist für mich ein wichtiges Puzzle und durch die Kollegen untereinander, was man einfach ausbauen muss und bewusst auch

schulen muss, was ein ständiger Weg ist, wo man sich hinbegibt und daran arbeitet. Auch das ist für mich Psychohygiene, Selbstschutz, wohl fühlen und umgehen können und ertragen können der Leistungsanforderung und der Stresssituationen denen unsere Mitarbeiter zum Teil ausgesetzt sind.

*I: Und die Mitarbeiter lernen so Strategien in den Weiterbildungen oder wie muss ich mir das vorstellen?*

Herr J: Die bekommen Krankheitshintergrundwissen vermittelt. Das sie also einschätzen können, warum benehmen sich unsere Bewohner so wie sie sich benehmen. Daraus ergibt sich schon mal dass man Aggressionen oder Wertungen von Bewohnern für sich besser einordnen kann, wenn man die Krankheitsbilder dazu besser kennt zu den Bewohnern und die zu den Verhaltensweisen der Bewohner führen. Und noch mal die Frage bitte?

*I: Es ging darum was in den Weiterbildungen angeboten wird und was Psychohygiene war und welche Strategien da...*

Herr J: In den Schulungen mit den Thematiken wie geh ich mit den Aggressionen der Bewohner um und ähnlichem, wie schütze ich mich selbst, dort werden richtig Strategien vermittelt. Zum Beispiel einfach auch die Verhaltensweise, dass wenn man merkt, das man persönlich und gefühlsmäßig angespannt und gereizt ist, sich aus in einer Situation zurückzieht und er eine andere Kollegin bittet bei dem betreffenden Mitarbeiter weiter zu arbeiten. Solche Dinge.

*I: Und das machen die Mitarbeiter?*

Herr J: Das machen die, wenn sie merken, das sie gefühlsmäßig an ihre Grenz kommen. Darum, das sind so Dinge die vermittelt werden, die geübt werden und wo man einfach sagt, das ist ein Ausdruck von fachlicher Kompetenz und nicht von Schwäche. Wenn ich merke ich bin einer Situation nicht gewachsen, mich dort kompetent raus zuziehen ohne das es eskaliert und jemand anderen zu bitten dort weiterzumachen oder zu übernehmen.

*I: Beschreiben sie besondere Veränderungen oder Entwicklungen oder auch Ereignisse die in der letzten Zeit passiert sind? Zum Beispiel organisatorischer Art, Mitarbeiterbezogen oder Bewohnerbezogen?*

Herr J: (Kurze Pause) Das hatten wir ja schon. Nein, ich beschreib das mal. Ich versuch das mal zusammenzufassen. Wir befinden uns auf jeden Fall noch auf dem Weg der Einführung eines Qualitätsmanagements, sprich, dass man hinterfragt, welche Organisationsstruktur im Haus da ist, wie, welche Dinge organisiert und wie sind Verfahren angelegt sind, ist es sinnvoll und rationell und transparent? (kurze Pause) Daraus ergeben sich Verhaltensweisen der Mitarbeiter, die einfach Dinge erleichtern und ein kompetentes Arbeiten auch ermöglichen. Das wäre so ein Punkt davon. Konkret wird im Moment eine Computerdokumentation eingeführt, in deren Zusammenhang die Mitarbeiter im Computerprogramm geschult werden und das auch in der Folge innerhalb des nächsten Jahres massiv nutzen werden. Das ist sicher eine große Neuerung die die Mitarbeiter sehr beansprucht und beschäftigt zeitlich und auch psychisch. (Pause)

*I: Psychisch in welcher Form?*

Herr J: Das mit der Arbeit am Computer für jemand der nie am Computer gearbeitet hat auch einfach Ängste verbunden sind. Und der Druck und die Belastung, weil er gewohnt

Dokumentationsformen verlassen muss und sich an völlig neue Dinge gewöhnen muss und die erlernen muss, die er bisher nicht beherrschen musste. Und dazu wird er einfach benötigt. Mehr oder weniger! (Kurze Pause) Was gibt es noch an Veränderungen?

*I: Kann auch ein Stück zurückliegen, wenn da was einfällt was sie gemacht haben im Haus!*

Herr J: (Kurze Pause) Ich weiß nicht ob solche Dinge wie die Apothekengeschichte so ein Puzzle dazu sind? Das man einfach Strukturen verändert und fragt wie kann ich was kompetenter und auch mit weniger Arbeitsaufwand auch gestalten. Also solche Dinge würde ich dann auch gerne darunter zählen, dass man sich Gedanken macht, Apotheke: stimmt meine Organisation der Medikamentenverwaltung und Medikamentengabe. Das ist sicher ein Puzzle darin. Die Einführung der teilweise Bezugspflege an sich ist eine Veränderung, weil einfach Kompetenzen und Verantwortlichkeiten delegiert werden auf Mitarbeiter selbst die vorher zentral geleitet und gesteuert wurden und überwacht wurden.

*I: Warum wird diese Computerdokumentation jetzt eingeführt? Und warum wird auch dieser Apothekenwechsel eingeführt?*

Herr J: Beides soll auf jeden Fall eine höhere Rechtssicherheit bringen. Soll, wenn es dann durchgesetzt ist und eingeführt ist, eine Zeitersparnis für die Mitarbeiter bringen und soll eine Arbeitserleichterung in dem Sinne bringen, wie ich mit den Problematiken Medikamente bzw. Dokumentation umgehen kann. Das zum Beispiel durch Einführung von Formulierungshilfen, Textbausteinen und ähnlichem die Arbeitsweise selber erleichtern sollen. Somit eine qualitative Erhöhung der Vorgänge, das im Ergebnis einfach höhere Qualitäten eben rauskommen.

*I: Und sind da Pflegekräfte konkret mit einbezogen? Und wenn ja was machen die da genau?*

Herr J: Also in alle Veränderungen je nachdem welcher Art werden die betreffenden Mitarbeiter mit einbezogen, in dem sie gebeten werden Ideen mit einzubringen, in dem die Projekte vorgestellt werden, eventuell ja der Veränderungsbedarf, wo besteht Bedarf erläutert wird und um Problemlösungen dann doch in Teamsitzungen und auch in Einzelgesprächen mal konkret gebeten wird, dass die Mitarbeiter sich einbringen.

*I: Und das geschieht in der Form von Teamsitzungen oder das die von den Sachen erfahren oder das die dann zu Handlungen angeleitet werden?*

Herr J: Zum Teil in den PDL- Infos, das einfach Probleme dargestellt werden, das geschieht als weiteres Puzzle durch die Wohnbereichsleiter und durch mich in den Teamsitzungen und es geschieht auf jeden Fall in vielen kleinen Einzelgesprächen der Wohnbereichsleiter, Heimleiter oder PDL die mit den Mitarbeitern geführt werden, Wo man einfach versucht gemeinsam Problemlösungsansätze zu finden. (Kurze Pause)

*I: Die Lösungsansätze werden dann wieder diskutiert mit den Mitarbeitern oder wie erfolgt dann die Umsetzung?*

Herr J: Zum Teil werden sie wieder diskutiert.

*I: Und wie sieht das im konkreten Beispiel aus?*

Herr J: Je nach Thema wird der Qualitätszirkel einbezogen oder die Wohnbereichsleiter werden einbezogen, wen es eben betrifft oder die betreffenden Leute werden auch die auch

Vorschläge gemacht haben werden in die Umsetzung einbezogen. Vielleicht als Beispiel jetzt die Überwachung der Funktionsfähigkeit und Sauberkeit der Geräte im Haus. Dafür gibt es einen Gerätebeauftragten und wenn irgendwo Defekte auftreten sind die Mitarbeiter gebeten das den Gerätebeauftragten mitzuteilen und der kümmert sich um Lösungen. Reparaturen und ähnliches bzw. organisiert wenigstens ansatzweise das das gemacht wird über Hausmeister, Heimleiter oder Pflegedienstleiter. Also insofern werden die betreffenden Verantwortlichen dann auch sehr konkret in die Lösungen einbezogen. Sind viele Nebentätigkeiten stehen nicht im Raum, sondern sind konkret an Mitarbeiter gebunden, so das sie auch konsequent durchgeführt werden. So gibt es außer dem Gerätebeauftragten, Medikamentenbeauftragte, jemand der sich um die Ausfahrten mit Bewohnern kümmert, in jedem Wohnbereich jemanden der für die Gestaltung des Wohnbereichs verantwortlich ist, hauptsächlich mit hauptverantwortlich. So sind Tätigkeiten immer auf Personen runter gebrochen speziell und die werden aktiv in Problemlösungen einbezogen, weil sie einfach am besten auch in der Materie stehen, also die Tätigkeiten auch täglich machen, wo die Probleme auch auftreten.

*I: Und wie erfahren die anderen Mitarbeiter davon, wenn das so spezielle Dinge sind die von den entsprechenden Verantwortlichen umgesetzt werden oder gelöst werden?*

Herr J: Die Rückkopplung erfolgt eigentlich wieder durch die Teamsitzungen, in denen viel an Infos rübergebracht wird, wieder über die Form der PDL-Information, wo einfach Vorgänge die in Haus laufen immer wieder transparent dargestellt werden auch jeweils in dem Stand wo sie sich befinden bis die Endlösung dargestellt werden und bis man dann das Thema bearbeitet hat. Und wieder in Einzelgesprächen die so nebenbei laufen wo einfach informativ Dinge weitergegeben werden.

*I: Das war's eigentlich. Ich danke Ihnen herzlich fürs Gespräch.*

Herr J: Bitte.



**Interview Nr. 03: I (Interviewer), Frau C (interviewte Mitarbeiterin)*****Fragen zu Situationen und Verhaltensweisen von Personen an denen Qualität sichtbar wird: Beschreibung positiver critical Incidents***

*I: Am Anfang habe ich Fragen zu Situationen aus dem Arbeitsalltag. Und zwar welche typischen oder auffallenden Situationen aus dem Arbeitsalltag der letzten Tage sind ihnen besonders in Erinnerung geblieben und können sie mir da eine Situation beschreiben, wo etwas besonders gut geklappt hat zwischen ihnen und einem Bewohner?*

Frau C: Was besonders gut geklappt hat?

*I: Oder was ihnen jetzt einfach positiv in Erinnerung geblieben ist?*

Frau C: Fang ich mal an mit dem gestrigen Tag. Nein Entschuldigung, das ist jetzt auf mich bezogen, ich wollte von jemand anderes erzählen. Was mir....

*I: Auf Sie bezogen...*

Frau C: Huch..., da fällt mir gleich gar nichts ein.

*I: Wir können auch mit einer Situation anfangen, die eher belastend war, wo etwas nicht so gut geklappt hat mit einem Bewohner.*

Frau C: Also wir haben bei uns einen Bewohner der wirkt sehr, sehr unzufrieden, klingelt auch wegen totalen Kleinigkeiten. Er will bloß mal das Kissen anders gerückt haben und das empfinde ich nicht als sehr angenehm. Auch die Unverständnis, das am Ende auch die anderen Bewohner erstmal versorgt werden müssten, weil sie auch zu Zeiten klingelt wo gerade früh auch die Grundpflege richtig drin ist und dieses Unverständnis, weil es ja eigentlich gar kein richtiger Grund ist, warum Sie sich immer meldet. Dieses Einfordern für sich, ganz viel Zeit in Anspruch zu nehmen. Das finde ich nicht so sehr angenehm.

*I: Und wie verhalten sie sich in der Situation?*

Frau C: Ich versuche es ihr immer wieder zu erklären. Ordentlich, sachlich, das auch andere Bewohner auch noch versorgt werden müssten, gerade heute war das so. Gerade heute war das so, da hatte sie angeblich Atemnot. Ich versuche sie dann oder ich beobachte sie dann, man merkt ja schon, ob jemand an der Sprache, ob jemand Atemnot hat. Sie war ganz, ganz ruhig. Und wenn man sie dann was anderes fragt, das sie auf einmal innehält, durch Beobachtungen auch. Einfach durch ruhiges eingehen auf sie.

*I: Und warum verhalten Sie sich so?*

Frau C: Ich weiß eigentlich keine richtige andere Möglichkeit mit ihr anders umzugehen.

*I: Also das Gespräch ist einfach für sie die beste Möglichkeit mit ihr darüber zu sprechen?*

Frau C: Ich sehe keine andere, also ich sehe da keine Veranlassung zum Beispiel den Arzt zu holen, weil es ja wirklich nichts ist. (Kurze Pause) Es reicht ja eigentlich auch aus. Sie braucht wirklich keinen Arzt! Das Problem ist selbst der Ärztin bekannt. Das ist eigentlich nur vom psychischen her Aufmerksamkeit, ich will jetzt die Schwester für mich alleine haben. Das ist ein ganz bekannter Fall.

*I: Und was ist dann das Ergebnis, wenn sie dann bei ihr waren?*

Frau C: Eigentlich kein gutes Ergebnis. Das sie nach kurzer Zeit wieder klingelt. Die tut eigentlich ja dann auch alle anderen Mitarbeiter in Beschlag nehmen bei Tag und Nacht. Also ein zufrieden stellendes Ergebnis ist es eigentlich nicht.

*I: Und fällt ihnen jetzt eine Situation ein die eher positiv war? Die ihnen in Erinnerung geblieben ist?*

Frau C: (lange Pause)

*I: Das kann ja auch eine Situation zwischen ihnen und einem Mitarbeiter sein! Da sie ja auch eine Leitungsfunktion haben.*

Frau C: Wenn es auf die Mitarbeiter auch bezogen ist, der gestrige Tag, da hatten wir Computerlehrgang und da, wir haben auch viele Schüler, sind ja in dem Moment auch Mitarbeiter und da waren wir angehalten wurden hier unten an der Schulung daran teilzunehmen und da waren im Wohnbereich hauptsächlich von den Schülern in Bereitschaft, in Besetzung und die haben das ganz, ganz toll übergebracht und an dem Tag war auch kein Beschäftigungsangebot, weil der Raum blockiert war und ich bin zwischendurch hoch und da haben die mit den Bewohnern einen großen Singkreis gemacht, das empfand ich als sehr, sehr angenehm. War wirklich rührselig, muss ich sagen, das war richtig schön, weil na ja, Jugend, weil es waren ja viele nur Jugendliche das ist ja dann auch das ist ja manchmal so die Chefin ist ja jetzt weg, jetzt machen wir mal Holliday, das war wirklich Harmonie pur, das hat mir sehr gut gefallen. Das war ein positives Ergebnis. Natürlich die Bewohner, wurde mir dann heute gesagt, „wo sind die Schwestern, wo ist die Schwester „, aber die haben das schon gut gemacht, das empfand ich als sehr, sehr gut. Oder auch weil sie auf die anderen Mitarbeiter, die Schulung fing um neun an, da haben Mitarbeiter freiwillig also in ihrer Freizeit gesagt wir kommen eher damit wir wirklich noch eine Tasse Kaffee trinken können, dann runtergehen gemeinsam. Das fand ich als sehr, sehr angenehm muss ich sagen. Dieses Mitziehen. Ich meine, die hätten ja auch pünktlich um neun kommen können. Und wir hätten sehen können, wir waren ja erst noch in der Pflege 2 Mitarbeiter, wie wir fertig werden, da kommt man ja richtig abgehetzt an. Das empfand ich als sehr, sehr angenehm! Ich empfinde das auch, was die Mitarbeiter angeht hier, auch angenehm, das die Bereitschaft da ist, gerade die Erstellung der Pflegepläne. Wir haben hier immer so Teams die das zu zweit machen, das die da Termine vereinbaren und versuchen das in die Reihe zu bekommen, sich außerhalb vom Dienst mal zu treffen und das alles durchzusprechen, das empfinde ich auch als gut.

*I: Und warum machen das die Mitarbeiter, worauf können sie das zurückführen, das die so miteinander umgehen?*

Frau C: Ich denke mir mal, wir haben uns jetzt so ein relativ gutes Kollektiv geschaffen, das es eben weiter so gut läuft. (kurze Pause) Denke ich. Und gemacht werden muss es ja am Ende sowieso, also die Arbeit muss ja getan werden. Muss ja erstellt werden auch das schriftliche. (kurze Pause)

***Fragen zur Qualität in der Einrichtung: Einschätzung der Pflegequalität in der Einrichtung***

*I: Jetzt habe ich ein paar Fragen zur Qualität hier im Haus. Woran machen Sie Qualität in der Pflege und Betreuung fest?*

Frau C: Zum Beispiel, das man verhindert das ein Bewohner einen Dekubitus kriegt, dass in dem einen Bereich, eben dass es den Bewohnern schmeckt was es zu essen gibt, das es eben eine Auswahl gibt. Das mal so als Beispiele. Dass ein Angebot vorhanden ist mit ihrer Freizeit gut umgehen zu können. (kurze Pause) Das wir auch die Möglichkeit haben auch 1-Euro-Jobbern sagen können, sie könnten mal spazieren gehen, gerade jetzt bei dem Wetter, das sich der Bewohner eben ringsum wohl fühlt.

*I: Und was macht eine gut Pflege und Betreuung aus?*

Frau C: Eigentlich dasselbe. (kurze Pause) Und Betreuung, auch das man eben auch im Pflegealltag den auch nutzt, um mit den Bewohnern zu reden. Man könnte das eigentlich auch alles stillschweigend machen, jemanden waschen, sage ich mal. Dass man dann aber auch nebenbei erzählt, hier draußen singen die Vögel, dass er sich eben ringsum wohl fühlt.

*I: Und wird das gemacht? So mit den zu erzählen so nebenbei?*

Frau C: Ich gehe jetzt mal von mir aus, ich mache es eigentlich viel. Dass man auch mal singt, das machen andere auch. Man kriegt es ja nicht so oft mit, weil man ja oft allein beim Bewohner ist, was man so mitkriegt. Doch.

*I: Wird da auch im Team auch darüber gesprochen?*

Frau C: Ja. Auch zum Beispiel auch solche Dinge, wenn man jetzt merkt im Speiseraum manche Bewohner harmonieren doch nicht so gut miteinander, das man versucht dort natürlich mit Einverständnis der Bewohner eine Sitzordnung zu verändern. Denn das ist ja nicht immer unbedingt schön, wenn man immer einen gegenüber sitzt, der, den man eigentlich nicht so mag. Dann schmeckt es einem am Ende nicht so oder die Situation ist angespannt und wir haben ja auch unsere Teamsitzungen. Wenn man das nicht sofort lösen muss, manchmal muss man ja sofort eingreifen, dass man das nutzt, dass man auch Absprachen trifft. Es gibt ja, wenn man so sagen kann, Bewohner die leichter zu pflegen sind in Führungsstrichen, da gibt es ja auch Kompliziertere, das man gerade bei solchen Bewohnern, das komplizierte in Führungsstriche, gute Absprachen trifft.

*I: Und äußert sich das „kompliziert sein“ bei den Bewohnern?*

Frau C: Jetzt mal so als kleines Beispiel, wir haben eine Bewohnerin, die will zum Beispiel immer als erste ins Bett gebracht werden abends. Das denkt die sich einheimsen zu müssen und dann ruft die dann immer und die braucht eigentlich auch nicht als erste, das man halt mal sagt, die kann ruhig auch mal warten, muss ja nicht unbedingt immer die Erste sein.

*I: Und das sagen sie dann zu ihr? Zur Bewohnerin selber oder zu den Mitarbeitern die das dann ...*

Frau C: Wir sprechen uns ab und zur Bewohnerin selber, die ruft ja immer, man muss ja immer darauf reagieren, das man dann zu ihr sagt, das sie eben noch ein bisschen warten

muss oder wir haben auch; manche Bewohner denken, wir versuchen ja die Bewohner, wir haben keinen Badeplan aber die sollten ja immer durchgebadet werden manche Bewohner denken, die kommen dabei zu kurz, die kriegen immer mit, dass der andere gebadet wird und denken der wird fünf mal gebadet und er ist nur einmal dran. Das man ihnen auch das erklärt, dass sie ja auch dran waren und doch mit den mit den Bewohnern reden.

***Fragen zur Qualitätsentwicklung: Entwicklungen, Veränderungen und Ereignisse durch das Qualitätsmanagement***

*I: Was hat denn sich konkret in der Pflege und Betreuung hier im Haus seit dem Sommer letzten Jahres verändert?*

Frau C: (kurze Pause) Mit der Pflege selber würde ich jetzt nichts direkt sagen aber mit der Betreuung, das man eben jetzt, das man halt jetzt doch ein bisschen die Möglichkeit hat, was ich vorhin schon sagte, mit dem spazieren gehen, weil uns eigentlich die in der Pflege sind, eigentlich die Zeit dazu fehlt. Leider.

*I: Was hat sich in der Beziehung zum Bewohner seit letztem Jahr verändert?*

Frau C: Eigentlich nichts Grundlegendes, würde ich nicht sagen! (Kurze Pause) Sie meinen jetzt zu allen Bewohnern?

*I: Ja.*

Frau C: Im Allgemeinen?

*I: Ja, im Allgemeinen! Hat sich die Beziehung da verändert?*

Frau C: Würde ich jetzt auch nichts Gravierendes sagen. (kurze Pause)

*I: Was hat sich dann konkret an der Pflegequalität oder der Betreuungsqualität seit letztem Sommer verändert?*

Frau C: (Pause) Nun wir versuchen schon immer weiter unsere Qualitätsanforderungen zu erfüllen aber ich meine, das haben wir damals auch gemacht. So gut wie es geht.

*I: Was sind das für Anforderungen, die an Sie gestellt werden?*

Frau C: Das der Bewohner gut versorgt wird. Was ich vorhin schon sagte, was da halt alles so dazugehört.

*I: Sie sagten mit der Betreuung, das sich, das die 1-Euro-Jobbern, das die mehr raus gehen...*

Frau C: Das geht ja jetzt eigentlich erst wieder los. Na weil, wir die ja in dem Moment zusätzlich haben. Die haben wir ja voriges Jahr im Sommer bekommen, die hatten wir ja erst noch nicht. (kurze Pause) Wir haben zum Beispiel ein FSJ-Mädchen gekriegt im Herbst erst, die mussten ja erst einmal eingearbeitet werden, die kann man ja jetzt auch mal für so etwas mitnehmen.

*I: Also um mit dem Bewohner mal raus zugehen?*

Frau C: Oder auch mal so was zu machen, mal am Tisch irgendetwas oder auch mal vorzulesen, Gedächtnistraining oder so was.

*I: Ich habe dann noch ein paar abschließende Fragen: Beschreiben sie besondere Veränderungen oder Ereignisse an denen sie beteiligt waren? Die hier im Haus passiert sind! Oder auch wenn sie nicht direkt beteiligt waren, von denen sie was gehört haben, zum Beispiel organisatorischer oder struktureller Art oder auf Mitarbeiter bezogen oder Bewohner bezogene Ereignisse?*

Frau C: Gestern zum Beispiel, unsere Weiterbildung. Dass wir die hatten, fand ich, war hier ganz gut organisiert. Das es vom Dienstplan her möglich war, das sehr, sehr viele daran teilnehmen konnten. Ich fand auch gut, dass die Weiterbildungen bei uns im Haus stattfinden, weil da können ja auch mehrere dran teilnehmen als wenn man jetzt wohin fahren müsste. Das finde ich eigentlich gut organisiert.

*I: Und warum wurde die Weiterbildung gemacht?*

Frau C: Dieses Programm wurde eingeführt. Davon soll es drei Weiterbildungen geben und das war gestern die Erste.

*I: Und da waren dann mehrere Kollegen dann mit zur Weiterbildung eingeteilt?*

Frau C: Wir waren außer Nachtdienst, waren alle.

*I: Das ganze Haus?*

Frau C: Ja. Auch oben hier der Bereich, die Abteilung der Frau I, außer der Frau X, die braucht das nicht. Oder zum Beispiel Ostern ist ja noch nicht so lange her, das es eben so organisiert wird das es eben auch die Bewohner eine kleine Osterüberraschung kriegen, das eben alles so geschmückt worden ist, die ganze Gestaltung vom Haus oder wenn man jetzt mal an die Zukunft denkt, ich denke mal das wir wieder ein Sommerfest machen, das das alles gut vorbereitet wird, das sich da auch jeder wirklich einbringt, das finde ich eigentlich gut.

*I: Und wie bringen sich da die Leute ein? Also die Mitarbeiter?*

Frau C: Fürs Sommerfest?

*I: Ja.*

Frau C: Das wird dann hier, also voriges Jahr war das so, da wurde ein Programm erstellt oder es wird hier im Vorfeld geredet davon. Die Mitarbeiter bringen fasst alle einen Kuchen mit, den wir spenden so zu sagen, der dann an die Bewohner bzw. an den Besuch ausgeteilt wird, das da eben wirklich genaue Absprachen, das geht eben mit dem Termin vereinbaren los, gemacht werden, das dann nicht von heute auf morgen sondern im Vorfeld schon gemacht wird. Oder was jetzt auch in der Vergangenheit war als Situation. Wir hatten auch ein bisschen Schwierigkeiten mit dem Hochwasser, das man zum Beispiel dann auch versucht hat den Dienstplan vielleicht ein bisschen umzustellen, das man wirklich immer wusste, das jemand da ist, das man keine Angst haben musste. Auch von der Bereitschaft von den Mitarbeitern da oder das Angebot, das mal jemand angerufen hat, das war auch wirklich so, wenn halt jemand mal nicht kann, ich habe zwar frei, dann kann ich angerufen werden, dann würde ich kommen. Was so im unmittelbaren Rückblick. Das fand ich eigentlich gut.

*I: Und Projekte die das Haus speziell betreffen, irgendwelche Veränderungen im Haus?*

Frau C: Was fällt mir im Moment ein? Im Moment haben wir die Risikoanalysebögen zu erstellen für die Leute, die gefährdet sind, was dem BMI angeht bzw. die einen guten BMI haben aber zu wenig trinken. Da sind wir im Moment drüber, das es auch weitergeht, dass die reffen Qualitätszirkel weiter stattfinden.

*I: Hat das jetzt was mit den BMIs zu tun oder war das extra?*

Frau C: Die haben auch davon geredet, aber das mit den BMIs ist jetzt bei uns in der Teamsitzung der vergangenen Woche. Vorige Woche war die glaube ich, haben wir das besprochen. Zuvor hatte der Qualitätszirkel auch davon geredet.

*I: Und aus welchem Anlass wird das gemacht?*

Frau C: Das wird gefordert vom MDK, muss ich jetzt mal so sagen um natürlich, um eine Qualität wieder zu erbringen die dem Bewohner zu Gute kommt. Weil das ist ja auch eine Art Kontrolle. Man überlegt sich dann manchmal noch mehr, wie wenig trinkt denn der eigentlich wirklich? Aber natürlich als Kontrollfunktion. Und weil es halt gefordert wird.

*I: Und was machen dann die Kollegen oder sie, wenn sie da beteiligt sind, genau?*

Frau C: Ich selber mache das nicht. Das machen, das machen die Kollegen der Bezugspflege, immer diese 2 Mitarbeiter zusammen. Die füllen da ein Protokoll aus, da müsste ich jetzt mal passen, so ganz genau habe ich es mir noch nicht durchgelesen. Da müssen verschiedene Fragen erarbeitet werden. Wir haben da zum Beispiel auch eine Art „Tellermalen“ gemacht, wie viel jeder Bewohner isst, das man sich darüber Gedanken macht oder das eben, wir haben auch eine Bewohnerin die eben sagt, sie selber hat das Leben oft satt, das ist ja auch manchmal ein Resultat, wenn man sagt, ich will nicht mehr essen und trinken, dass man versucht ihr dann vielleicht kalorienreichere Nahrung anzubieten. Wir haben Probepackungen über die Apotheke versorgt, weil das ist ja auch ziemlich kostenintensiv, die müssen sich das ja selber kaufen, weil ja vom Arzt her nichts vorgegeben ist. Sie hat ja keine Schluckstörung, da müsste sie sich es halt selber kaufen, da hat man dann einen Karton da und ihr schmeckt es gar nicht. Das war in dem Fall auch so, da hat es eben nicht geschmeckt und da haben wir es erstmal im Vorfeld uns die Muster da besorgt, und das muss ja erst einmal alles getan werden, die Gespräche müssen erstmal laufen.

*I: Das sind dann Gespräche mit den Ärzten oder wo sie das herbekommen?*

Frau C: Mit den Ärzten, also die Ärztin hat ein Rezept ausgeschrieben, ein Privatrezept, wo sie es dann kaufen müsste. Mit den Angehörigen haben wir gesprochen so speziell was in unserem Bereich war, der Herr X und ich und die Tochter der Bewohnerin. Mit der Bewohnerin haben wir gesprochen, weil es ja verschiedene Geschmacksrichtungen gibt. Wir haben Sie auch ausprobieren lassen, haben es ihr auch erklärt um was es da geht. Hat aber in dem speziellen Fall nichts gebracht.

*I: Hat die Bewohnerin das mitbekommen, dass es da um Speisen geht, ich will's jetzt mal so sagen, die sie „aufpäppeln“ soll?*

Frau C: Ja mehr oder weniger von der Tochter hat sie es mitbekommen, weil die Tochter das wünscht. Sie hat sich dann auch geäußert, meine Tochter soll nicht mit mir solche Experimente machen, sonst kann sie mich gleich auf dem Friedhof besuchen. Das sagt ja

eigentlich viel aus. Aber die Tochter kam zu uns vorwurfsvoll an, wir müssten etwas tun. Ich meine wir tun schon gerade heute, das war zwar eine andere Bewohnerin, heute gab es Milchreis und sie meinte es ist sehr süß oder als Auswahlessen gab es Eintopf der war wieder zu salzig. Sie ist sehr verwirrt die Bewohnerin. Zu letzt war sie der Meinung ich soll es essen. Also wir versuchen schon nicht das wir jetzt sagen, ja das isst sie nicht, so nach dem Motto „da hat sie Pech“ das machen wir nicht, also wir versuchen das sie wirklich was... aber kann sie ja am Ende manchmal nicht mehr ändern. Gerade diese Bewohnerin fängt dann am Ende an zu schlagen oder zu spucken, da kann man nichts machen.

*I: Was machen Sie dann?*

Frau C: Na wir müssen dann dokumentieren, das eben da nichts möglich ist ins Trinkprotokoll bzw. in das Berichtsblatt und tun dann auch Rücksprache mit der Ärztin machen, ich meine wir rufen die wenn es heute Mittag war nicht an aber wenn die dann wieder kommt, wenn das so länger ist, man sieht es ja dann oft auch am Gewicht, das da irgendetwas nicht stimmen kann.

*I: Und speziell, wenn die Bewohnerin dann so ausfällig reagiert, spuckt, was machen sie dann in dieser Situation?*

Frau C: Na ja ich versuche erst mal mich ein Stück selber weg zu schützen und mich nicht ansprechen zulassen, weil ich meine, das muss glaube ich niemand unbedingt haben, das man in dem Moment das man vielleicht erst mal zur Seite, das man dann mit ihr redet und sie soll doch noch einmal und manchmal klappt es auch. Ich bin da eigentlich nicht so das man da gleich aufgeben sollte. Das man es vielleicht auch manchmal noch mal stehen lässt, wir haben ja auch die Möglichkeit, Mikrowelle ist ja alles da, dass man es später noch mal probiert. Oder wenn man weiß das oder das schmeckt ihr besonders gut, das man versucht wenn es geht ihr immer anzubieten. Manche sind ja gerade Suppenfans, dass man jetzt auch abends Suppe geben kann, das muss ja nun keine Schnitte sein. Das sie eben wirklich etwas isst. Oder wir tun dann auch, wenn einer in die Schnitte nicht mehr beißen kann, die Schnitten, wir haben ja einen Mixer da, pürieren mit Milch oder was mit rein, das ist aber in dem Moment nicht die Schnitte die sie essen, die sehen das eben nicht als Schnitte, das ist wie Suppe aber die haben im Grunde genommen Nährstoffe einer Schnitte in ihrer Suppe. Wir lassen uns da eigentlich schon ein bisschen was einfallen. Oder das man das eben anreichert mit Absprache der Küche, das man eben für solche ganz Dünnen, wenn es jetzt eben auch, der Zustand es zulässt, das man auch Schlagsahne bestellt. Das sie eben wirklich ihre Kalorien haben. Oder gerade die Bewohnerin wo ich heute das Beispiel gebracht habe, entweder der Milchreis war zu süß, die Suppe zu salzig, das die Küche eben weiß, dass man doch eben eine Salzarme Kost reicht. Mit der Küchenleiterin ist da eigentlich auch gut zuarbeiten muss ich sagen oder ich weiß das gerade auch von oben bei uns ist das nicht so, das war eine Bewohnerin, das habe ich mitgekriegt die hat keine Schnitte nachmittags essen wollen sondern Kuchen essen wollen und da haben sie wirklich extra Kuchen gemacht, da haben sie es versucht das die am Tisch auch noch Kuchen mitkriegen, weil es wird gekuckt, och ich muss die Schnitte essen und sie haben Kuchen, das ist eben dann, wurde speziell ich gefragt ob es für uns auch notwendig wäre das jemand immer Kuchen haben müsste, damit er überhaupt was ist, aber bei uns ist das ja im Moment nicht der Fall. Dann brauchen wir es auch nicht

machen. Es ist ja am Ende nicht immer so gesund Kuchen aber, wenn aber jetzt gar nichts gegessen wird na ja dann lieber ein Stück Kuchen.

*I: Das hat ja in dem Moment auch mehr Zucker und mehr Nährstoffe.*

Frau C: Ja.

*I: O. K. das war's. Dankeschön für das Gespräch.*

Frau C: Bitte.



**Interview Nr. 04: I (Interviewer), Frau A (interviewte Mitarbeiterin)*****Fragen zu Situationen und Verhaltensweisen von Personen an denen Qualität sichtbar wird: Beschreibung positiver critical Incidents***

*I: Welche typischen (auffallenden) Situationen aus dem Arbeitsalltag der letzten Tage sind Ihnen so in Erinnerung geblieben und können sie mir da eine Situation beschreiben die positiv war oder was besonders gut mit einem Bewohner geklappt hat?*

Frau A: Oh Gott...(lacht) (kurze Pause) Wo soll ich da jetzt anfangen, weiß ich jetzt auch nicht! (kurze Pause) Positives?

*I: Ja, wo sie gedacht haben, ach das war ja super mit der Bewohnerin! Und das ist sonst nicht so?*

Frau A: Oh Gott ...(kurze Pause) Können sie das nicht erstmal abstellen? Ich muss erst einmal überlegen.

*I: Vielleicht fällt ihnen ja was ein, was eher negativ ist? Eine Situation die eher belastend war? Wo etwas nicht so gelaufen ist, wie sie sich das vorgestellt haben*

Frau A: Zum Beispiel der Sonabend, da haben wir Stuhlkreis gemacht und da haben wir die paar Männeln im Speiseraum genommen, die noch da waren, die anderen waren zur Beschäftigung oder was weiß ich! Da haben wir halt so über früher geredet und so. Das war schön.

*I: Das war eher was Positives?*

Frau A: Ja, wir haben gesungen und wie gesagt über früher erzählt, das war gut.

*I: Und was war das Ergebnis?*

Frau A: Na das die alle wieder mal 5 Minuten irgendwie aktiv waren, in ihrem Gedächtnis halt, das die über früher nachgedacht haben.

*I: Und warum haben Sie gerade so eine Situation gemacht oder warum haben sie sich da so verhalten?*

Frau A: Weil wir einfach Zeit hatten, gerade in dem Moment und das genutzt haben.

*I: Und was haben sie da genau gemacht mit den Bewohnern?*

Frau A: Wir haben die in die Runde gesetzt, haben mit denen gesprochen, wie gesagt Lieder angestimmt, ja einfach aus dem Stehgreif. Ja!

***Beschreibung negativer critical Incidents***

*I: Und gibt es eine Situation die eher negativ ist oder belastend war mit einem Bewohner? Die nicht so abgelaufen ist wie sie sich das vorgestellt hatten?*

Frau A: Kann man eh nicht planen so einen Tag. Wenn eben was dazwischen kommt, kommt's halt. Die können alle nicht dafür das sie was haben. Das ist halt so. Da kann ich jetzt keinen irgendwie.... Der eine klingelt mehr, der andere weniger.

*I: Und warum klingeln die dann, wenn die dann klingeln?*

Frau A: Na, weil sie irgendetwas wollen oder Schmerzen haben. Ist so! Oder uns brauchen.

***Fragen zur Qualität in der Einrichtung: Einschätzung der Pflegequalität in der Einrichtung***

*I: Was macht für sie eine gute Pflege und Betreuung aus?*

Frau A: Na, das man für den Heimbewohner halt da ist, das man auch ansprechbar ist und nicht sagt: „ach ich komme gleich“ oder so und die gar nicht irgendwie respektiert oder so, damit man immer ein offenes Ohr hat. Wenn ich bloß mal kurz sage, ja was ist den los und geh dann weiter und man hat die wahrgenommen, das ist irgendwo wichtig!

*I: Und woran machen sie Qualität in der Pflege und Betreuung fest?*

Frau A: Qualität, das die Heimbewohner zufrieden sind halt im Endeffekt, das ist eigentlich das A und O. Würde ich jetzt so denken. Man kann es zwar nun nicht allen Recht machen aber ...(kurze Pause) Nun, die Zufriedenheit würde ich mal sagen von den Heimbewohner, dass sie sich halt wie zu Hause fühlen. Sollten sie jedenfalls. Meine Meinung.

*I: Und in der Betreuung?*

Frau A: Nun das sie eben gut versorgt sind! Das man Stürze vermeidet und das man, wie soll ich sagen, immer .... wie soll ich mich da ausdrücken? (kurze Pause) Na ja, das man immer für die da ist auf Deutsch gesagt. Auch wenn man es nicht kann, aber man versucht halt, man kann sich zwar nicht zerteilen aber...

*I: Und wie machen Sie das? Sie können ja nicht überall sein.*

Frau A: Nein das ist, nein das weiß ich nicht, man merkt das einfach, ich weiß nicht auch Nachts und so, das hat man so, ich mein zur Nachtwache ist meist noch nie was groß passiert, das hat man irgendwo, man spürt das schon so, das kann man nicht beschreiben.

*I: Wie spüren sie das?*

Frau A: Man geht halt rein und merkt ob der Tag gut anfängt oder nicht, das liegt in der Luft irgendwie, ich weiß nicht ob sie das begreifen oder entschuldigen Sie, ob sie das verstehen können?

*I: Nein ich verstehe das schon. Also sie kommen hier rein ins Haus und merken...?*

Frau A: Man merkt schon ist Spannung da oder nicht, wird halt irgendetwas sein oder sind die aufgeregte die Leute? Nun das merkt man schon.

*I: Und was machen sie dann?*

Frau A: Man guckt dann öfters mal nach solchen Sorgenkindern, das ist halt einfach irgendwo drin.

***Fragen zur Qualitätsentwicklung: Entwicklungen, Veränderungen und Ereignisse durch das Qualitätsmanagement***

*I: Was hat sich denn konkret in der Pflege und Betreuung geändert seit August letzten Jahres?*

Frau A: Also ich finde das wir ein gutes Kollektiv sind und wir uns alle Mühe geben, also das ist so meine Auffassung, so empfinde ich das, das sich auch wirklich alle sich auch Mühe geben, den Tagesablauf gut gestalten und für die Leute da sind so.

*I: War das vorher nicht so?*

Frau A: Na ja ich habe ja gesagt ich komme aus B. Ich bin ja noch nicht so sehr lange hier. Aber hier ist das schon o. k. Man fühlt sich hier wohl, das ist immer noch so, wie am ersten Tag. Ich arbeite gerne.

*I: Und was hat den sich geändert in der Beziehung zum Bewohner seit letztem Jahr?*

Frau A: Eigentlich ist das besser geworden. Mich kennen die ja jetzt besser auch, also ich kann jetzt nur für mich reden. Haben auch vertrauen, man merkt das schon wenn man jetzt schon ein paar Tage nicht da war, wenn man kommt, ah ... und so, ja da freut man sich drüber.

*I: Gibt es da einen besonderen Bewohner der da ...?*

Frau A: Klar hat man seinen Liebling, aber das darf man sich eben nicht anmerken lassen.

*I: Da reagieren die anderen dann irgendwie eifersüchtig?*

Frau A: Na, klar, eifersüchtig, das ist halt ... Das haben Sie bestimmt damals auch bemerkt wo sie mitgearbeitet haben? Man geht eben mit jedem anders um.

*I: Und das liegt daran, weil sie einen mehr oder weniger mögen?*

Frau A: Das nicht. Das geht einfach auf den Charakter ein, ganz einfach wie die so sind, wie die so einem entgegen kommen. Manche sind halt schwierig. Ich soll ja keine Namen nennen jetzt?

*I: Na, wenn, dann werde ich sie raus streichen!*

Frau A: Gerade wie die Frau X jetzt, die ist halt sehr schwierig. Man geht anders ran, man nimmt die anders!

*I: Wie gehen sie mit der Frau X dann um?*

Frau A: Na ja die will halt irgendwie jetzt, die braucht zwar auch nicht, da ist man distanzierter als zu manch anderem, da ist man förmlicher, ja man ist nicht so lustig mit der Frau, nun das ist irgendwie anders. So hat eben jeder seine Eigenheiten.

*I: Worauf führen Sie zurück, dass sie jetzt mit den Bewohnern besser klarkommen?*

Frau A: Na eben das, wenn man wirklich paar Tage nicht da war das die wirklich auf einen zugehen, sich freuen das sie einen eben auch erkennen und die Bettlägerigen und so da sind die Augen dann größer, die lachen eben. Das ist schon schön oder die kommen mal und schütten mal ihr Herz aus, das ist halt so.

*I: Und was machen Sie da, wenn die ihr Herz ausgeschüttet haben?*

Frau A: Kommt darauf an was sie mir sagen, gerade wie die Frau Y die beschwert sich halt über irgendjemand oder irgendwas.

*I: Und dann hören Sie hin?*

Frau A: Ja das höre ich mir an und dann ist gut und die hat das Gefühl das man irgendwie auf sie eingeht und das ist das was die brauchen. Meine Meinung.

*I: Beschreiben sie besondere Veränderungen oder Ereignisse oder Entwicklungen hier im Haus an denen Sie beteiligt waren?*

Frau A: Na ja eben den Qualitätszirkel den wir jetzt aufbauen.

*I: Und warum arbeiten sie da mit?*

Frau A: Warum ich dort mit arbeite? Soll ich das sagen?

*I: Wenn sie möchten, sie müssen nichts sagen! Nur wenn sie möchten!*

Frau A: Weil ich darum gebeten wurde, darum habe ich halt mitgemacht!

*I: Und was machen Sie da besonderes?*

Frau A: Im Qualitätszirkel?

*I: Ja!*

Frau A: Och Mensch (lacht), na was mir da alles so machen. Nein, dazu will ich jetzt nichts sagen.

*I: Gut. Fällt Ihnen dann vielleicht noch etwas anderes ein wo andere Mitarbeiter beteiligt sind hier im Haus an Projekten oder Entwicklungen die anstehen?*

Frau A: Es hat eben jeder seine Aufgabe. Zum Beispiel die Todestafel oder die Zimmer ordentlich halten, Pflegeplanung und so weiter und so fort. Das ist alles aufgeteilt bei uns.

*I: Und da kümmern sich dann immer die entsprechenden Leute darum?*

Frau A: Genau so ist das!

*I: Und was machen die da so?*

Frau A: Na eben... was soll ich da sagen...was das Aufgabengebiet halt verlangt.

*I: Beziehen sie die dann die andere Kollegen mit ein?*

Frau A: Ja gerade beider Zimmergestaltung wenn die eben nicht so lang da sind, sagen die schon mal „kannst du mal Blumen gießen?“ oder solchen Kinderkram, ja da wird das halt abgegeben.

*I: O. k. Haben Sie gehört das eine Dokumentation eingeführt wird, dieses Programm hier im Haus?*

Frau A: Wir hatten ja gestern erst die Schulung.

*I: Und da waren sie auch mit daran beteiligt?*

Frau A: Ja das war sehr anstrengend.

*I: Warum wird die eingeführt?*

Frau A: Warum die eingeführt wird? Na mit, was soll ich denn sagen, eigentlich möchte ich mich der Stimme enthalten.

*I: Gut. o. k.*

Frau A: Ich kann ihnen höchstens noch was dazu sagen wenn es aus ist.

*I: Ja also ich hätte dann auch keine Fragen weiter, bedanke mich dann herzlich für das Gespräch.*

**Interview Nr. 05: I (Interviewer), Frau A (interviewte Bewohnerin)*****Biographische Angaben***

*I: Wie alt sind sie wenn ich sie fragen darf?*

Frau A: Ich bin 86.

*I: Und wie lange wohnen sie hier schon im Haus? Im Heim?*

Frau A: Ich bin das 3. Jahr hier.

*I: Und warum sind sie hier her gezogen?*

Frau A: Ich hatte Schlaganfall.

***Fragen zu Situationen und Verhaltensweisen von Personen an denen Qualität sichtbar wird: Beschreibung positiver critical Incidents***

*I: Können sie mir eine Situation beschreiben in der so gut gepflegt wurden von den Mitarbeitern aus der Pflege?*

Frau A: Na ja, zum Beispiel ist doch das jetzt wieder etwas, was über die Maßen geht und das machen doch die Schwestern wieder vorbildlich.

*I: Und was machen die da genau?*

Frau A: Die bleiben neben mir stehen und passen auf, wenn ich großes Geschäft mache und das nehmen Sie dann gleich weg. Denken sie mal an, was das für eine Überbelastung ist.

*I: Das kann ich mir vorstellen.*

Frau A: Für die Schwestern, aber auch für mich.

*I: Na klar. Und warum ist das für sie so eine Belastung?*

Frau A: Nu, legen sie sich mal hin und machen Sie mal das Geschäft unter anderen Augen und warten dann bis es weggenommen wird. Das ist keine schöne Situation.

*I: Ja das kann ich mir vorstellen. Ja. Und was machen da die Pflegekräfte genau, die warten einfach nur?*

Frau A: Die warten einfach bis mein großes Geschäft beendet ist, dann nehmen sie alles weg und machen sie mich gründlich sauber.

*I: Ja und stehen die da direkt neben ihnen?*

Frau A: Ja.

*I: Ja, und reden die mit Ihnen?*

Frau A: Nein. In der Situation reden wir nicht, weil da jeder mit sich zu tun hat.

*I: Und warum bleiben die neben Ihnen stehen? Wissen sie das, können sie sich das vorstellen?*

Frau A: Das ist wahrscheinlich für die Schwestern die sauberste Sache, wenn das gleich weggenommen wird.

*I: Ja und sie finden das nicht so als angenehm wenn da jemand neben ihnen steht.*

Frau A: Nein. Nein gar nicht.

***Beschreibung negativer critical Incidents***

*I: Gibt es eigentlich eine Situation wo sie schlecht gepflegt oder betreut wurden?*

Frau A: Nein.

*I: Waren sie mal wieder mit auf einer Ausfahrt?*

Frau A: Nein.

*I: Waren sie nicht mit, weil letztes Jahr kann ich mich daran erinnern, haben sie von einer Ausfahrt geschwärmt, dass sie da mal mit gefahren sind? Wissen sie das noch?*

Frau A: Ja.

*I: Ja. Also es gibt keine Situation die jetzt nicht so gut abgelaufen ist!*

Frau A: Nein.

***Fragen zur Qualität in der Einrichtung: Einschätzung der Pflegequalität in der Einrichtung***

*I: Können sie mir sagen was ihnen in der Pflege und Betreuung von den Pflegekräften besonders wichtig ist das die für sie tun?*

Frau A: Ein gutes Wort.

*I: Aha, und was noch so? Also die sollen sich mit ihnen unterhalten?*

Frau A: Ja und man merkt genau, wenn eine Schwester lieb ist.

*I: Aha.*

Frau A: Oder wenn sie abweisend ist und da ist das liebe schon gut.

*I: Woran merken sie das?*

Frau A: Das merkt man an allem.

*I: Woran merken sie besonders dass eine Schwester lieb ist? Ist die besonders nett zu ihnen oder einfühlsam oder streichelt die sie öfters oder redet mehr? Woran würden sie das erkennen, dass jemand lieb ist?*

Frau A: Nun, wenn sie freundlich fragt: Frau A wie geht's ihnen den heute? Da weiß man schon die ist heute wieder lieb!

*I: Aha und wenn eine Schwester nicht lieb ist was, wie äußert sich das?*

Frau A: Haahhaahhaaa...

*I: Die lacht?*

Frau A: Nein. Nein, die ist scharfzüngig.

*I: Aha, die ist Scharfzüngig. Was sagt die dann zu ihnen, die Schwester, wenn die nicht so freundlich ist?*

Frau A: Nun, ich habe in der Nacht mal eine Situation gehabt da kam eine Schwester reingeschrien ins Zimmer und da habe ich gesagt so nicht Schwester und da hat sie

geantwortet gerade so denn wir haben Arbeit das hat mich sehr gekränkt. Und da habe ich geantwortet und ich habe Schmerzen.

*I: Ja und was hat sie dann gemacht?*

Frau A: Eine Tablette gegeben, das fand ich gar nicht gut, denn es gibt Sachen wo man einreibt das auch die Schmerzen nimmt, aber das macht ja bisschen Arbeit.

*I: Passiert das öfters, dass sie nachts Schmerzen haben?*

Frau A: Ich habe fast jede Nacht Schmerzen, aber das ist eine Ausnahme dass eine Schwester so grob ist.

*I: Aha, das ist natürlich nicht nett, wenn die dann einfach ihnen eine Tablette verschreibt und...*

Frau A: Nein, das habe ich gar nicht gut gefunden!

*I: Was denken sie, warum macht die Schwester das?*

Frau A: Nu die ist auch überlastet. Man kann sich das ja vorstellen. Klingelt eins, klingelt wieder eins.

*I: Was denken sie, macht für sie eine gute Pflege und Betreuung aus?*

Frau A: (Kurze Pause) Wenn beide Teile zufrieden sind.

*I: Und wie äußert sich das, also das sie zufrieden sind?*

Frau A: Nun da ist man schon beruhigt wenn die Schwester eintritt, da hat man schon ein ruhiges Gefühl.

*I: Also gibt es auch Schwestern die sie nicht so mögen?*

Frau A: Nein, das ist nicht der richtige Ausdruck. Aber es gibt Schwestern die sind eben grob aber das sind Ausnahmen.

***Fragen zur Qualitätsentwicklung: Entwicklungen, Veränderungen und Ereignisse durch das Qualitätsmanagement***

*I: Können sie mir sagen was sich bei der Pflege und Betreuung hier im Hause geändert hat seit zum Beispiel letzten Sommer, August 2005?*

Frau A: Es sind höchstens Pflegekräfte weniger geworden.

*I: Ja?*

Frau A: Und das macht sich ja auch in der Pflege bemerkbar.

*I: Woran macht sich das bemerkbar? Oder woran merken sie das?*

Frau A: Es sind nicht mehr soviel Schwestern vorhanden, wenn dann im Laufe des Tages dann mal eine braucht, dann ist eben einfach keine da.

*I: Ja und was machen sie da? Also sie klingeln und dann kommt keine Schwester?*

Frau A: Ja.

*I: Und dann warten sie oder wie muss ich mir das vorstellen?*

Frau A: Na ja da sitzen wir ja im Speisesaal alle zusammen und da rufen wir nach der Schwester und es ist eben keine da, kann keine kommen.



*I: Also da rufen mehrere Bewohner, weil sie sagen da rufen wir nach der Schwester? Oder nur sie alleine?*

Frau A: Bitte?

*I: Rufen da mehrere Bewohner nach der Schwester?*

Frau A: Ja.

*I: Und wie lange dauert das bis eine Schwester kommt?*

Frau A: Wenn beim ersten Rufen keine da ist, da ist keine da, da kommt eben keine.

*I: Und wo sind die dann die Schwestern, wenn da keine kommt?*

Frau A: Die haben dann andere Beschäftigungen, sind ja soviel bettlägerige auch im Heim die müssen versorgt werden, die machen eben dann dort mal die Arbeit.

*I: Was hat sich geändert in der Beziehung in ihrer Beziehung zu den Schwestern seit zum Beispiel letztem Jahr im August?*

Frau A: Das Verhältnis zwischen Schwestern und mir ist ein sehr gutes geworden.

*I: Können sie das beschreiben? Was ist da besonders gut oder wo ist das besonders gut das Verhältnis?*

Frau A: Ich zum Beispiel durch meine Gelähmtheit, ich bin froh wenn mich die Schwestern auf meinem Stuhl einmal hin und her rücken, das ich mal in eine andere Sitzsituation komme und wenn sie da kommen ist das schon gut.

*I: Und merken die das von alleine oder müssen sie das sagen?*

Frau A: Nein, da muss ich rufen.

*I: Und sie meinen das Verhältnis ist quasi besser geworden, weil sie immer mal verrückt werden in ihrer Sitzposition?*

Frau A: Ja.

*I: Was ist sonst noch anders geworden, in der Beziehung zu ihnen, von den Schwestern?*

Frau A: Nun ja mein Zustand wird ja nicht besser, da muss man froh sein wenn sich nichts verschlechtert, wenn es auf dem Punkt bleibt wo es ist und da müssen sich ja die Schwestern auch immer einrichten drauf.

*I: Und wie sind denn die dann anders zu Ihnen?*

Frau A: Zugänglicher.

*I: Was machen die dann direkt, wenn die so zugänglich sind?*

Frau A: Sie tun ohne murren mir den Gefallen und rücken mich anders.

*I: Also gibt es auch Pflegekräfte die mal murren? Weil sie sagen, sie möchten mal gerückt werden?*

Frau A: Nun ja da heißt es eben, mir haben sie ja erst gerückt und da haben sie ja auch recht, es war noch nicht lange her da wurde gerückt. Und das rücken ist ja auch für die Schwestern schwer. Ich wiege ja nicht bloß ein halbes Pfund.

*I: Aber sie rücken sie dann trotzdem?*

Frau A: Ja.

*I: Was denken sie, hat sich in der Qualität der Pflege geändert oder in der Qualität der Betreuung hier im Haus seit letztem Sommer?*

Frau A: (Pause) Die Betreuung hat sich höchstens verbessert. Verschlechtert auf keinen Fall. Wir werden ja sehr gut versorgt hier im Hause.

*I: Was hat sich denn da verbessert?*

Frau A: Eben das zugänglich sein.

*I: Und woran merken sie das, das zugänglich sein?*

Frau A: Nun ja das hat man so im Gefühl!

*I: Sie fühlen quasi, wenn eine Schwester zugänglicher ist als eine andere?*

Frau A: Ja, ja.

*I: Ist das so eine Sympathie also ist das so eine Sache sie finden eine sympathisch und eine andere nicht?*

Frau A: Ja.

*I: Was denken sie worauf ist das zurückzuführen das die Pflegekräfte zugänglicher geworden sind?*

Frau A: Nun das lange Zusammenarbeiten hat doch ein Zugänglichkeitsgefühl gebracht.

*I: Das Zusammenarbeiten zwischen ihnen und der Pflegekraft?*

Frau A: Und der Pflegekraft!

*I: Also nicht das Zusammenarbeiten im Team also nur zwischen Ihnen beiden zum Beispiel?*

Frau A: Nur zwischen uns beiden.

*I: Beschreiben sie besondere Veränderungen oder Entwicklungen oder Projekte die sie mitbekommen haben, die hier im Haus passiert sind? Haben sie da etwas mitbekommen?*

Frau A: Nein.

*I: Ich meine Feste oder was so in der letzten Zeit so arrangiert wurde?*

Frau A: Wir haben zum Beispiel eine Bewohnerin die ruft fast jede Minute nach der Schwester. Ich muss mal pullern, oder kommen sie mal her, da denkste dann die Schwestern sind ihre Töchter.

*I: Und wie reagieren die Schwestern? Was machen die?*

Frau A: Die gehen.

*I: Und dann klingelt die Frau nicht mehr?*

Frau A: Na ja dann dauert es nicht lange dann ruft sie schon wieder.

*I: Und die Schwestern nehmen das so hin?*

Frau A: Ja die sind da ganz ausgeglichen. Da sagt nicht eine mal hören sie bloß auf! Das gibt es nicht.

*I: Haben sie von Pflegekräften etwas gehört, was hier so im Haus passiert?*

Frau A: Nein.

*I: Ich bin dann eigentlich mit meinen Fragen jetzt am Ende. Und bedanke mich ganz herzlich, dass sie sich bereiterklärt haben mir ein paar Fragen zu beantworten.*

Frau A: Hoffentlich können sie was anfangen damit?

*I: Aber selbstverständlich. Danke. Herzlichen Dank.*

**Interview Nr. 06: I (Interviewer), Frau O (interviewte Mitarbeiterin)*****Fragen zu Situationen und Verhaltensweisen von Personen an denen Qualität sichtbar wird: Beschreibung positiver critical Incidents***

*I: Können sie sich an eine typische Situation aus dem Arbeitsalltag erinnern der letzten Tage, die ihnen besonders in Erinnerung geblieben ist und eine Situation beschreiben, wo etwas besonders gut mit einem Bewohner geklappt?*

Frau O: (kurze Pause) Ich war jetzt zwei Wochen nicht da. Besonders gut mit einem Bewohner? (kurze Pause)

*I: Vielleicht ist ihnen ja eine schlechte Situation eher in Erinnerung geblieben und da fangen wir erst mal damit an?*

Frau O: Heute war ich enttäuscht, sonst habe ich beim Herrn X früh immer Glück beim aufstehen, die anderen müssen immer 2-3-mal rufen und ich gehe eigentlich immer rein so um 8 und da steht er immer auf. Aber heute hat es aber überhaupt nicht geklappt bei mir. Heute ist er eben erst um 10 aufgestanden.

*I: Und das war eher so eine Situation die nicht so toll war?*

Frau O: Na ja das ist eigentlich normal, vielleicht ist es auch das Wetter auch, er schläft sowieso gerne länger und heute dann noch das trübe Wetter dazu.

*I: Was haben sie genau gemacht in der Situation?*

Frau O: Ich bin wieder raus gegangen und habe ihn länger gelassen. Nach einer ½ Stunde wieder rein und habe noch einmal angefragt.

*I: Und dann wollte er aufstehen?*

Frau O: Nach dem zweiten Mal fragen dann. Nach dem dritten Mal.

*I: Was haben sie genau gemacht? Sie sind rein gegangen und haben gefragt?*

Frau O: Habe gefragt ob er aufstehen möchte. Und ob er frühstücken gehen möchte und da hat er gesagt: Nein, ich möchte heute noch länger liegen bleiben und dann bin ich wieder raus, weil ich weiß das hat dann keinen Zweck, wenn er nicht will, dann will er nicht.

*I: Und später sind sie dann noch mal rein und da ist er dann aufgestanden?*

Frau O: Ja halbstündlich dann nachgefragt.

*I: Und warum haben sie sich so verhalten in der Situation?*

Frau O: Na ja eigentlich, hätte ich ihn raus zerren sollen aus dem Bett? Den hätte ich gar nicht raus gekriegt. Nein das macht man nicht. So geht man nicht mit Leuten um. Man muss immer denken man liegt selber im Bett und wird so behandelt, das stelle ich mir dann immer so vor und das habe ich auch schon vielen Schülern auch mal gesagt, ihr müsst immer daran denken ihr liegt im Bett.

*I: Und können sie sich jetzt an eine Situation erinnern, wo was gut geklappt hat mit einem Bewohner?*

Frau O: Doch hatten wir auch schon sehr viele. Aber wenn sie mich jetzt wieder so speziell fragen. Was könnte es gewesen sein? Das er gesagt hat ja ich lauf wieder morgen mit ihnen ja das machen wir, das wird dann immer besser, wenn die dann zeigen, das es

wirklich geht mal ein paar Schritte mehr zu laufen, da freut man sich dann mit und das sehen die dann auch, das kriegen die mit.

*I: Gibt es eine Bewohnerin I oder ein Bewohner, die spezielle Fortschritte macht, wenn man das so sagen kann?*

Frau O: Das war eine Bewohnerin die ist jetzt Wohnbereich 1 und sie ist gekommen zu uns und wollte ganz wenig Schritte laufen und dann hat sie aber gemerkt das das ganz gut geht am Gehbänkchen auch selbstständig, ne das man dann auch nicht so gebunden ist und das klappt eigentlich jetzt so wie ich gehört habe auch im Wohnbereich eins. Und da freut man sich.

*I: Und wie haben sie sich der Frau gegenüber verhalten, das die dann doch gelaufen ist?*

Frau O: Nun man muss ihr sagen was es für Vorzüge hat. Und das es für sie leichter ist und das es für uns aber auch leichter ist. Und das hat sie eingesehen. Und ihren Verwandten wollte sie es dann auch zeigen dann. Die haben sich dann auch gefreut. Nein das hat gut geklappt.

*I: Und warum haben sie so mit der Frau gesprochen oder sich so verhalten?*

Frau O: Warum? Weil ich gemerkt habe, dass es eigentlich bei ihr noch sehr gut ankommt und dass sie auch ehrgeizig ist, muss ich sagen. Man hätte es mit jemand anderen natürlich auch probiert, aber bei ihr hat man gemerkt, das sie ehrgeizig ist und sehr aufnahmefähig auch noch.

*I: Und das Ergebnis der Situation war, das die Frau dann gelaufen ist?*

Frau O: Mit Gehbänkchen. Jedenfalls größere Stücken nicht bloß zwei drei Schritte.

*I: Gibt es schwierige Situationen, die eher belastend sind mit Bewohnern, die vielleicht anders ablaufen wie sie es sich nicht vorstellen?*

Frau O: Schwierige Situationen nun ja es gibt eben, es gibt Tage da sind die Heimbewohner im Allgemeinen unruhig und da kommt jeder und will was und der und drängelt und quengelt, das sind manchmal so Situationen wo man so selber überlegt, ei heute ist was durcheinander oder das liegt manchmal, weiß nicht, das liegt so in der Luft.

*I: Was machen sie dann, wenn die Bewohner unruhig sind?*

Frau O: Ich bleibe still. Man muss ruhig bleiben.

*I: Wie bekommen sie es hin, dass sie ruhig bleiben?*

Frau O: Bis drei zählen (lacht). Immer schön bis drei zählen. Oder mal rum drehen, mal paar Schritte laufen. Und sich sagen, so jetzt kannst du dich wieder umdrehen und den Heimbewohnern widmen. Nun das ist wirklich.

*I: Und warum verhalten sie sich dann so gegenüber den Heimbewohnern?*

Frau O: Man muss sich ruhig verhalten Heimbewohnern gegenüber, wenn ich jetzt Hektik, Stress und laut machen würde, dann würden die noch verzweifelter werden. Oder selbst noch unruhiger. Das ist ganz normal, ist das.

*I: Welches Ergebnis bringt es, wenn sie sich ruhig gegenüber den Bewohnern verhalten?*

Frau O: Ja, das es nicht schlimmer wird, das wird dann auch manchmal besser, wenn sie merken das ich kontere oder so oder mal die Heimbewohner bissel auseinander nehme, dort mal eine Gruppe hinsetzen und dort mal eine, das geht auch besser.

*I: Wie äußert sich das, wenn das schlimmer wird?*

Frau O: (kurze Pause) Wie soll ich das sagen? Die werden unruhig, schimpfen sich gegenseitig aus, das gibt es auch, nun da muss man aufpassen, da wird es dann laut mal und so was muss man dann ganz dezent trenne.

*I: Und wenn die sich dann gegenseitig untereinander anschimpfen, was machen sie dann als Pflegekraft?*

Frau O: Als erstes greift man ein und fragt warum? Wieso? Weshalb? Tja und dann den richtigen Dreh finden.

*I: Was gibt es da für Drehs?*

Frau O: Na ja es kommt immer auf die Situation drauf an.

*I: Haben sie das schon erlebt so?*

Frau O: Ich würde sagen, wenn man sich rum streitet zum Beispiel am Tisch, wenn einem was nicht gefällt und dann sage ich eben sie sollen jetzt erst einmal bitte essen und nach dem Essen diskutieren wir das aus. Manchmal klappt es. Es kommt eben auch auf die Leute drauf an. Die halt gerne ein bisschen laut sind und schimpfen halt und es gibt auch welche die hören.

*I: Und diskutieren sie das dann aus nach dem Essen noch? Oder hat sich das dann verloren?*

Frau O: Ja bei manchen hat sich das dann wieder verloren, ich weiß nicht das ist in diesem Augenblick plötzlich bloß da.

### ***Fragen zur Qualität in der Einrichtung: Einschätzung der Pflegequalität in der Einrichtung***

*I: Jetzt habe ich ein paar Fragen so zur Qualität im Haus. Woran machen sie Qualität in der Pflege und Betreuung fest?*

Frau O: (kurze Pause) Was ich besonders schätze, was sein muss?

*I: Ja. Oder was macht für sie Qualität aus in der Pflege und Betreuung?*

Frau O: Qualität: Ordnung, Sauberkeit, Pünktlichkeit am Arbeitsplatz und (kurze Pause) die Achtung des Menschen, des alten Menschen, die muss da sein. Nicht das denken das ist irgendein Werkzeug oder irgendwas, das ist das Höchste eigentlich, denn diese Menschen haben das ganze Leben lang genauso gearbeitet.

*I: Was macht eine gute Pflege und Betreuung aus?*

Frau O: (kurze Pause) Eigentlich so was ich sagte. Das gehört dazu. Das die Menschen noch unterhalten werden, nicht bloß hingesetzt werden, das man sich um die Probleme immer kümmert, das sie sich auch mal ausweinen können. Denn depressive Menschen, da

gibt es immer welche, die dann schnell den Tränen sehr nah sind und Heimweh zu den Kinder oder irgendwas nicht.

*I: Und was machen sie da, wenn sich eine Bewohnerin mal ausweinen will oder ein Bewohner?*

Frau O: Tja, das Beste ist zuhören und mal ein bisschen erzählen lassen von den Kindern und mehr kann dann auch nicht machen. Ich kann sie nur trösten und sagen vielleicht kommen sie am Wochenende, wie zum Beispiel die Frau X, das war genauso, "Haben sie meinen Sohn gesehen?" Der wird schon kommen, bestimmt am Wochenende. Er kommt ja eigentlich einmal die Woche, denn in der Woche klappt es nicht mit dem arbeiten, er wird schon kommen. Da war sie ganz froh, dass heute schon Freitag ist.

*I: Können sie mir sagen was sich konkret in der Pflege und Betreuung hier in der Einrichtung geändert hat seit letzten Sommer?*

Frau O: (kurze Pause) Oh, kann ich ihnen konkret jetzt nicht sagen. Ich glaube das ganze Verhältnis hat sich noch mehr verbessert, Pfleger und Heimbewohner. Die ganze Beziehung so, denke ich doch.

*I: Und inwiefern?*

Frau O: Das es glaube ich so etwas familiärer noch ist. Doch so würde ich das sagen.

*I: Was hat sich in der Pflege und Betreuungsqualität geändert seit letztem Jahr?*

Frau O: Ach Frau Schiller. Eigentlich das sie auf vieles achten, das es ordentlich gemacht wird, das keine Schlampereien entstehen, doch da achtet eigentlich bei uns jeder drauf kann ich, doch würde ich sagen.

*I: Was wären Schlampereien?*

Frau O: Na ja unordentliche Regale oder Schränke, wo die ganzen Sachen stehen, wo die Medizin steht, wo die Wäsche ist oder wo die ganzen Kosmetikartikel oder die ganzen Räume die wir da so haben, wenn es dort aussehen würde wie bei den Wilden, das wäre unordentlich.

*I: Sie haben ja schon so das Verhältnis zwischen ihnen und den Heimbewohnern oder allgemein zwischen den Pflegekräften und den Bewohnern angesprochen, was hat sich denn da besonders verbessert oder woran erkennen sie das sich was verbessert hat?*

Frau O: Vielleicht, weil man sich auch länger jetzt kennt. Gut es sind ja immer wieder neue Heimbewohner da, es gibt aber auch, so wie man so schön sagt, einen Stamm. Doch und die kommen dann auch eigentlich mit ihren Problemen kommen sie ja doch dann zu uns, also muss ja ein gewisser Vertrauenssatz da sein auch wenn Angehörige da sind.

*I: Und worauf ist das zurückzuführen? Das die zu Ihnen kommen oder das da ein Vertrauensverhältnis da ist?*

Frau O: (Pause) Vielleicht, weil wir zuhören, gut. Doch das können wir, ich wüsste eigentlich nicht dass jemand nicht zu hören kann. Doch das klappt eigentlich ganz gut.

**Fragen zur Qualitätsentwicklung: Entwicklungen, Veränderungen und Ereignisse durch das Qualitätsmanagement**

*I: Können sie oder beschreiben sie besondere Entwicklungen, Projekte, Ereignisse an denen sie beteiligt waren hier im Haus?*

Frau O: Ereignisse? Projekte?

*I: Ja, wo sie einbezogen wurden sind, die sie mitgestaltet haben?*

Frau O: Bei Feiern und so? Die Tombola, die Modenschau mitgemacht, also ich jetzt ne? Und hier im Zirkel hier im Qualitätsmanagement. Was denn noch?

*I: Was haben sie da gemacht?*

Frau O: Medizinbeauftragte. Ja noch. Ich weiß nicht, ob ich es noch bin weiter, aber es kann sein.

*I: Was macht man als Medizinbeauftragter?*

Frau O: Die Kontrolle der Medikamente ob sie noch in Ordnung sind und die Medizinschränke sauber halten, desinfizieren, die Schränke wo die Medizin drinnen ist und immer wieder auf das Verfallsdatum gucken.

*I: Warum denken sie, dass sie das nicht mehr sind?*

Frau O: Ich weiß nicht, weil wir den Posten immer mal abgeben, immer mal wechseln, deshalb.

*I: Und warum wird der Posten abgegeben?*

Frau O: Weil das jemand anderes machen, weil ich schon im Qualizirkel jetzt mit bin und da macht, deshalb.

*I: Weil das sonst zu viel wird?*

Frau O: Nein zuviel wird es nicht. Aber es soll ja jeder ein bisschen eine Aufgabe kriegen. Deshalb.

*I: Mit den Veränderungen meinte ich zum Beispiel organisatorische oder strukturelle Veränderungen oder bezogen auf die Mitarbeiter oder Bewohner, was da so passiert ist?*

Frau O: Veränderungen? (lange Pause) Wüsste ich jetzt nicht.

*I: O. k. Sie haben aber Feste angesprochen, warum werden denn Feste, Tombola organisiert?*

Frau O: Das sind Sommerfeste gewesen oder Herbstfeste, nun ja um die Heimbewohner mal alle zusammenzubringen, vom Wohnbereich eins und zwei und eben zusammen mit den Angehörigen. Ich würde sagen, das muss mal sein so was.

*I: Und was machen sie da, wenn sie da beteiligt sind bei so einem Fest?*

Frau O: Ja es wird dann richtig ein kleines Programm vorgeführt, der Kindergarten hat was gesungen, gespielt und die Mitarbeiter haben eben Modenschau gemacht und vorher wurde Tombola gemacht, da wurden Geschenke von den Mitarbeitern mitgegeben und die wurden dann eben wieder verlost an die Heimbewohner.

*I: Gibt es besondere Ereignisse im Bezug auf das Qualitätsmanagement, die hier durchgeführt werden, hier im Haus?*

Frau O: Ja es hat sich einiges dadurch geändert nun. Die Punkte.



*I: Was gibt es denn für konkrete Projekte?*

Frau O: Eigentlich viele, die wir angehen. Nach und nach, im Qualitätsmanagement.

*I: Und welche sind das?*

Frau O: Die letzten da war ich gar nicht da, war das vorige Woche?

*I: Ja?*

Frau O: Weil ich gar nicht Bescheid wusste.

*I: Ach so, da waren sie im Urlaub oder frei oder so was?*

Frau O: Urlaub hatte ich. Um was ging es denn da? Gestern?

*I: Eigentlich bin ich fertig mit meinen Fragen und da hören wir an der Stelle auf und ich erzähle ihnen um was es ging.*

Frau O: O. K.

*I: Ich bedanke mich erstmal für das Gespräch.*

**Interview Nr. 07: I (Interviewer), Frau C (interviewte Bewohnerin)*****Biographische Angaben***

*I: Wie alt sind sie, wenn ich sie fragen darf?*

Frau C: Ich bin 41.

*I: Und wie lange wohnen Sie schon hier im Haus?*

Frau C: Seit ich wieder richtig bei mir bin, seit 2. Mai voriges Jahr 2005.

*I: Und wieso wohnen sie hier?*

Frau C: Ich hatte Probleme mit dem Alkohol. Und deshalb bin ich auch behindert, aber habe mich hier sehr gut wieder gemacht. Habe hier viel gelernt. Wie man sich bewegen muss, wie man sich auch benehmen muss. Da habe ich keine Schwierigkeiten. Ich habe hier sehr viel wieder gelernt. Vor allen die Hände. Mit den Beinen das wird auch wieder und so, den Umgang mit den Menschen.

***Fragen zu Situationen und Verhaltensweisen von Personen an denen Qualität sichtbar wird: Beschreibung positiver critical Incidents***

*I: Können sie mir eine Situation beschreiben in der sie gut gepflegt und betreut wurden von Pflegekräften?*

Frau C: Also von allen würde, ich sagen, in allen Situationen. Beim Essen, bei der Körperpflege.

*I: Was ist beim Essen zum Beispiel, was machen da die Pflegekräfte mit Ihnen?*

Frau C: Die bringen mir es Essen hin oder bringen anderen, die sich nicht so bewegen können, da wird geholfen. Ich kann mich ja zum Glück selber betun. Aber die sind immer für die anderen da, wenn Not an Mann ist, wenn die Leute selber nicht so richtig können wird immer geholfen.

*I: Bei der Körperpflege, was machen die Pflegekräfte da?*

Frau C: Anziehen, also ich würde sagen, weil ich mich selber Pflege mit waschen und so, das mache ich jetzt auch alles alleine. Sonst haben sie auch immer mit angepackt. Bin ich schon selbstständiger geworden.

*I: Müssen die überhaupt noch was bei ihnen mit helfen?*

Frau C: Nur die Haare mit waschen. Ja das ist es einzige, das andere mache ich alles selber.

*I: Und wie verhalten sich die Pflegekräfte, wenn sie bei ihnen die Haare waschen?*

Frau C: Freundlich. Die geben mir das Zeug. Sagen: „nimm den Waschlappen“ oder „mach die Augen zu“, ja. Ich kann mich da nicht beschweren. Klappt alles einwandfrei.

*I: Und warum verhalten sich die Pflegekräfte so ihnen gegenüber?*

Frau C: Weil man wahrscheinlich auch freundlich zu den Leuten ist. Das ist ja auch ein Dankeschön mit, man kann sie ja auch nicht andauernd beschimpfen, ich hätte gar keinen Grund dazu. Auch immer ein offenes Ohr.

*I: Werden den die von anderen Leuten öfters beschimpft? Die Pflegekräfte?*

Frau C: Nein, da rede ich nicht drüber. Ich halte da meinen Mund.

***Beschreibung negativer critical Incidents***

*I: O. K. ist in Ordnung. Das ist völlig berechtigt. Können Sie mir eine Situation beschreiben in der sie schlecht gepflegt oder betreut wurden?*

Frau C: Oh Gott, da wüsste ich jetzt gar keine. Kann ich ihnen wirklich nicht sagen. Ich kann mich nicht beschweren.

*I: O. K. Gut also sie werden immer ...?*

Frau C: Anständig. Ich kann mich nicht. Das klappt einwandfrei. Die bringen mir mein Zeug, wo ich mich waschen kann, früh ans Bett, nu, das wissen auch alle.

*I: Waschen sie sich dann am Waschbecken oder an der Dusche?*

Frau C: Nein, an der Schüssel.

*I: Aha, am Bett?*

Frau C: Wird hochgebracht an den Nachtschrank, da wird was rausgeklappt, da wird die Schüssel draufgestellt, dann werden meine Handtücher und die Waschlappen hingetan. Mir machen ein Badezeugs rein, weil ich da anderes kriege, weil ich wegen der Haut empfindlich bin. Nu. Und da wasche ich mich. Und die Sachen, das wird dann auch alles.

*I: Und suchen sie ihre Kleidung selber aus die sie anziehen wollen?*

Frau C: Ja das kann ich auch alles selber machen. Das lege ich mir abends auf den Stuhl und die andere kommt dann in die Wäsche, das lege ich dann extra. Oder ich sag's den Schwestern und da nehmen die das mit.

***Fragen zur Qualität in der Einrichtung: Einschätzung der Pflegequalität in der Einrichtung***

*I: Aha. Können Sie mir sagen was in der Pflege und Betreuung besonders wichtig für sie ist?*

Frau C: Also das offene Ohr und die Freundlichkeit.

*I: Und wie äußert sich das, das die Pflegekräfte ein offenes Ohr haben?*

Frau C: Wenn man mal ein Problem hat, kann man den Leuten, kann man sie ansprechen, das wird auch, wenn man mit jemanden nicht klar kommt, dann wird mit demjenigen geredet. Eigentlich komme ich mit jedem soweit gut aus. Mit dem man Schwierigkeiten hatte, wurde dann mit den Leuten gesprochen und das ist auch besser geworden. Also ich habe da keine Schwierigkeiten. Oder Ich kann mich auch selber verteidigen und ein Wort sagen oder ich bin auch am Tisch wenn sie was wissen wollen fragen sie mich, geb' ich eben ne Antwort, was ich weiß, oder wenn nicht, sage ich es eben zu einer Schwester.

*I: Also hatten sie eher Schwierigkeiten mit anderen Bewohnern mal gehabt?*

Frau C: Ja mit einer Frau. Da will ich nicht drüber reden!

*I: O. K. Und was macht für sie eine gute Pflege und Betreuung aus?*

Frau C: Sehr viel.

*I: Was speziell?*

Frau C: Also, weil ich mich ja auch noch nicht so betun kann, wenn da was ist da spreche ich die Schwestern an, da wird mir geholfen, ja aber ich will immer, weil ich ein bisschen

ehrgeizig bin, immer alles selber machen. Außer, wenn es wirklich mal nicht geht, dann frage ich jemanden und dann packen die auch mit an. (kurze Pause) In der Sache bin ich wieder ziemlich selbständig geworden. Mein Vertrauen habe ich auch selber zu mir gefunden.

***Fragen zur Qualitätsentwicklung: Entwicklungen, Veränderungen und Ereignisse durch das Qualitätsmanagement***

*I: Was denken sie hat sich hier in der Einrichtung verändert seit dem Sommer letzten Jahres in der Pflege und Betreuung?*

Frau C: Also ich würde sagen ich konnte mich von Anfang an nicht beschweren.

*I: Ja.*

Frau C: Die haben immer ein offenes Ohr, auch für die anderen Bewohner. Wird immer geholfen. Sind für jeden da. Sind immer einsatzbereit. Also ich sehe das so, da gibt es keine Schwierigkeiten.

*I: Was hat denn sich in der Beziehung zum Mitarbeiter für sie verändert seit letztem Jahr?*

Frau C: Gar nichts. Ich kann mich nicht beschweren. Ich komme mit jedem gut aus.

*I: Wie ist denn die Beziehung so zum Mitarbeiter so gestaltet?*

Frau C: Freundlich, die haben immer ein offenes Ohr, wenn man mal was anliegen hat, nu. Also über Mängel könnte ich jetzt überhaupt nichts sagen, wüsste ich gar nichts.

*I: Was hat denn sich an der Qualität hier im Haus geändert seit letztem Jahr? An der Pflegequalität, an der Betreuungsqualität?*

Frau C: Die ist immer noch einwandfrei. Ich hatte auch früher weiter keine Mängel. Ich kann mich überhaupt nicht beschweren, ich wüsste keine Mängel.

*I: Warum ist das so, das das immer noch so o. k. ist?*

Frau C: Weil auch die Bewohner, die sind alle freundlich, die Schwestern haben immer ein offenes Ohr, wenn mal was anliegt kann man zu denen gehen.

*I: Was wäre das zum Beispiel, wenn sie mal zu den Schwestern gehen müssten?*

Frau C: Also wüsste ich jetzt gar nichts. Von mir aus wüsste ich nichts, ich hatte keine Probleme.

*I: Nein, weil sie sagten, die haben immer ein offenes Ohr, wenn sie mal Probleme haben, könnten sie hingehen.*

Frau C: Ja, wenn jemand auf Toilette will und das nicht so klappt, dass sie mit dabei stehen und aufpassen oder mit helfen.

*I: Sagen sie denen dann direkt, die sollen dabei stehen bleiben?*

Frau C: Ich spreche sie an und sage denen Bescheid dass ich auf Toilette gehe, dass sie Bescheid wissen, wenn was passieren sollte, dann kann ich klingeln, dass sie wissen wo ich bin.

*I: Können sie mir Veränderungen hier im Haus beschreiben oder Projekte, in die sie einbezogen wurden als Bewohner?*

Frau C: Ich bin im Heimbeirat mit, da werden alles, das sind auch andere mit drin, werden Probleme angesprochen oder auch oben von den Heimbewohnern werde ich auch angesprochen, das mache ich, das sage ich der Frau M. mit und die redet dann mit den Leuten.

*I: Was wird da zum Beispiel so angesprochen?*

Frau C: Ja, wenn manche unfreundlich sind.

*I: Wer? Die Bewohner?*

Frau C: Die Leute unter sich und dann kommen sie zu mir und sagen mir das. Da komme ich mir zwar manchmal erstmal ein bisschen komisch vor...

*I: Also da haben Bewohner Schwierigkeiten mit anderen Bewohnern?*

Frau C: Nu, das kommt eben auch vor.

*I: Aha. Und dann sagen die Bewohner Ihnen das und sie?*

Frau C: Ja, wenn wir am Tisch sitzen, die am Tisch haben viel Vertrauen oder mit der Frau G. im Zimmer sind, komme ich auch gut aus. Also wüste ich eigentlich nicht das sich Leute da beschweren würden. Sind eigentlich alle zufrieden.

*I: Gibt es zum Beispiel Veränderungen im Tagesablauf bei Ihnen oder im Tagesablauf der Pflegekräfte die sie bemerkt haben, seit letztem Jahr?*

Frau C: Ne eigentlich gar nichts. Wenn ich was haben will, gehe ich zur Frau M. und da machen wir Kreuzworträtsel oder sie gibt mir was zum malen mit. Oder wir helfen den Schwestern Tabletten zerreiben, für die Gebisse, Wäsche legen oder Taschentücher oder Schlüpfer und so, das man immer ein bisschen beschäftigt ist. Abwechslungsreich.

*I: Warum sind sie im Heimbeirat mit beteiligt?*

Frau C: Weil ich bestimmt auch mit meine Meinung sage. Ich fresse das nicht in mich rein. Ich sag's wenn was anliegt. Gerade mit den Bewohnern, wenn mir da einer komisch kommt, aber da kommt mir weiter keiner komisch, ich kann mich da nicht beschweren, wenn dann haben wir unseren Spaß. Sollte ich mit der Frau T., mit der Frau M. reden, habe ich vorhin gemacht, ich nehme da ein Kartenspiel mit hoch, wenn wir Karten spielen wollen und mit den Heimbewohnern komme ich eigentlich auch gut aus.

*I: Wurden sie angesprochen im Heimbeirat mit zuarbeiten oder haben sie sich freiwillig ...?*

Frau C: Nein, ich wurde mit angesprochen.

*I: Wie funktioniert das dann?*

Frau C: Da sitzen wir alle zusammen, da ist eine Sitzung, einmal im Monat ist das glaube ich und da bringt jeder seine Probleme die hier im Heim sind an. Das wird dann bearbeitet, nu.

*I: Aha, und was sind das zum Beispiel für Probleme?*

Frau C: Ja, manche die immer Streit suchen oder so, und die haben dann immer ein offenes Ohr und es wird dann mit den Bewohnern geredet.

*I: Ist da auch jemand von der Leitung mit dabei oder von den Pflegekräften?*

Frau C: Die Frau X, und sonst die Frau I. Die kann man auch so ansprechen oder den Herrn J, wenn was anliegt. Kann man auch so hingehen.

*I: Und dann treffen sie sich einmal im Monat, die Heimbeiratsmitglieder und dann...?*

Frau C: Nu, dann wird drüber geredet und es wird mit den Heimbewohnern über Schwierigkeiten gesprochen, das läuft immer eigentlich gut ab.

*I: Eigentlich bin ich mit meinen Fragen am Ende, ich danke ihnen herzlich dass sie sich die Zeit genommen haben und mal vorbeigeschaut haben und ich danke ihnen für das Gespräch.*

Frau C: Selbstverständlich.

**Interview Nr. 08: I (Interviewer), Frau X (interviewte Bewohnerin)*****Biographische Angaben***

*I: Sie sind Frau X?*

Frau X: Ja.

*I: Frau X. Wie alt sind sie denn?*

Frau X: 82.

*I: Und wie lange wohnen sie hier schon im Heim?*

Frau X: Das wird jetzt ein Jahr.

*I: Und warum sind sie hier eingezogen?*

Frau X: Weil ich Parkinson habe. Und konnte zu Hause nichts mehr machen.

*I: Ja.*

Frau X: Und das geht alles so schnell und das haben wir ein bisschen schlecht verkraftet. (kurze Pause) Der Mann ist schon gestorben. Der konnte das nicht verkraften, das wir die Wohnung mussten einbüßen. Das ist das Problem so.

*I: Das ist bestimmt schwer für sie?*

Frau X: Ja das war es schwerste.

*I: Kann ich verstehen. Und wie geht es ihnen jetzt, schon ein bisschen besser?*

Frau X: Es wird immer weniger. Lässt immer mehr nach die Kräfte. Das heißt immer, wenn die Kraft zu Ende geht, dann ist Erlösung Gnade. Wenn sie manchmal nichts mehr machen können, nicht mal ein bisschen raus gehen, in die Sonne, das ist schlimm.

*I: Ja das kann ich mir vorstellen.*

***Fragen zu Situationen und Verhaltensweisen von Personen an denen Qualität sichtbar wird: Beschreibung positiver critical Incidents***

*I: Ich habe einfach so ein paar Fragen so zum Alltag hier im Haus. Können sie mir eine Situation beschreiben, wo sie gut gepflegt und betreut wurden?*

Frau X: Nun also es gibt mal hin und wieder eine Meinungsverschiedenheit, aber ansonsten sind sie alle lieb und nett. Alle lieb und nett. Also ich persönlich kann mich nicht beklagen. Da kommt eben jede Schwester abends mal rein und drückt einen.

*I: Wann sind denn die Schwestern immer lieb und nett?*

Frau X: Von früh bis abends, bloß die haben so wenig Schwestern. Zu wenig Zeit. Dadurch, dass ich das Parkinson habe, brauchte ich manchmal auch ein bisschen mehr Kräfte. Mal füttern oder so was, denn das rutscht mir ja alles vom Löffel runter.

*I: Und dann helfen ihnen die Schwestern?*

Frau X: Ja, muss ich sagen.

*I: Was machen die da zum Beispiel genau?*

Frau X: Nun Mittagessen, wenn es Nudeln gibt, da lade ich sechse auf und zweie bleiben liegen.

*I: Und da setzen sich die Schwestern neben sie und helfen ihnen beim essen?*

Frau X: Ja, wenn sie genügend sind, bei denen fehlt es ja auch an die Kräfte.

*I: Ja und wenn es mal nicht genügend sind?*

Frau X: Bitte?

*I: Wenn es nicht genügend sind?*

Frau X: Ich habe es noch nicht verstanden.

*I: Wenn es nicht genügend Pflegekräfte sind?*

Frau X: Na dann muss man warten.

*I: Da essen sie dann alleine?*

Frau X: Das nützt nichts. Aber die machen das schon so.

### ***Beschreibung negativer critical Incidents***

*I: Gibt es eine Situation wo sie schlecht gepflegt oder betreut wurden?*

Frau X: (Pause) Jetzt mal, da bekam ich jeden Nachmittag einen Durchmarsch und da war ich ein bisschen phlegmatisch, da bin ich abends zu Essen gegangen, die Schwestern mussten ja erstmal austeilen und da habe ich eben dort vorne in die Hosen gemacht. Aber das ist ein normaler Zustand. Da kann man nichts dran ändern. Und das wär alles. Die haben eben auch zu wenig Zeit die armen Luder.

*I: Was haben die Pflegekräfte dann gemacht?*

Frau X: Mit mir?

*I: Ja?*

Frau X: Nun ausgezogen und neu gemacht.

*I: Und das war eine Situation, wo sie sich schlecht gepflegt fühlten?*

Frau X: Nun ja mir war das ja peinlich.

*I: Ja das kann ich verstehen.*

Frau X: Ich würde auch zum Beispiel für mein Leben gern mal ein Stückchen Hühnchen in die Hand nehmen und mal knappern. Aber das kann ich alles nicht.

*I: Warum?*

Frau X: Das wird alles zerkleinert.

*I: Ach so.*

Frau X: Nun wie wollen sie es machen? Da klebt es ja mehr an die Sachen.

*I: Ach so.*

Frau X: Das ist das schwierige bei dem Parkinson. Und ich habe dann, ich habe auch meine Probleme. Ich kriege nachts, ich weiß auch nicht, da klinge ich laufend. Ich sehe es ja ein, das ist zuviel, aber man ist immer froh, wenn man jemand um sich hat.

*I: Das ist klar.*

Frau X: Ansonsten gibt es nichts zu bemängeln.



*I: Wenn sie klingeln, kommt dann jemand?*

Frau X: Ja immer, immer.

*I: Und was machen dann die Pflegekräfte wenn sie hier sind?*

Frau X: Nun entweder müssen sie mich ins Bett heben, denn ich bringe ja die Beine alleine nicht mehr hoch. Und daran liegt es eben viel. Wenn ich die Beine könnte alleine hochheben, da wäre es kein Problem. Und die werden immer schwerer.

***Fragen zur Qualität in der Einrichtung: Einschätzung der Pflegequalität in der Einrichtung***

*I: Und können sie mir sagen, was für sie besonders wichtig ist in der Pflege und Betreuung?*

Frau X: Was könnte ich ihnen da sagen, die kommen früh zum waschen, die kommen wenn ich klinge, mit der Toilette. (kurze Pause) Essen werden wir auch geholt, also ich wüsste nicht.

*I: Was macht denn für sie eine gute Pflege und Betreuung aus?*

Frau X: Was die ausmacht?

*I: Ja?*

Frau X: Nun die sind zufriedener. Zum Beispiel jetzt wo es so schön war, da haben sie mich fasst jeden Tag runter geschafft. Sind mit mir ein bisschen gefahren im Rollstuhl. Und mehr kann man nicht verlangen.

*I: Warum können sie nicht mehr verlangen?*

Frau X: Man will ja selber mal was tun. Man will ja nicht bloß immer auf andere angewiesen sein!

*I: Wenn sie einen Wunsch haben, das sie mal raus wollen, das machen dann die Pflegekräfte?*

Frau X: Wenn genügend Kräfte da sind ja, aber es kann auch passieren das sie sagen heute sind wir nicht viel, es brauch bloß mal eine krank werden schon fehlt es am Mann.

*I: Und was machen die dann, die sagen ihnen heute geht es nicht, oder?*

Frau X: Ja. Heute geht es nicht.

*I: Was machen sie dann?*

Frau X: Na eben hier oben sitzen bleiben.

*I: Was hat sich konkret hier im Haus geändert seit Sommer letzten Jahres in der Pflege und Betreuung? Sie sind ja jetzt auch schon ein Jahr hier.*

Frau X: (kurze Pause) Da hat sich zum Beispiel geändert, das eine Pflegekraft uns früh wäscht und dann kommt die nächste Pflegekraft die macht die Betten. Sonst hat eine alles zusammen gemacht.

*I: Und warum ist das so, das die da jetzt zu zweit reinkommen?*

Frau X: Das kann ich ihnen nicht sagen. Das weiß ich nicht. Das geht wahrscheinlich schneller.

*I: Merken sie das, das das schneller geht?*

Frau X: Na flink sind sie.

*I: Und was hat den sich in der Beziehung zu den Pflegekräften geändert seit letztem Jahr?*

Frau X: Gar nichts.

*I: Gar nichts?*

Frau X: (kurze Pause) Bloß das die 1-Euro-Jobber, die machen die Fensterbretter abwischen und so was, das die Schwestern mehr Zeit für die Patienten haben.

*I: Und haben die mehr Zeit für sie?*

Frau X: Ich hab ihnen ja gesagt, wenn sie alle da sind geht's.

*I: Was hat denn sich in der Pflege und Betreuungsqualität geändert seit letztem Jahr?*

Frau X: (Pause) Gar nichts.

*I: Warum ist das so das die, ach so das hatte ich sie schon gefragt, das zwei Leute das Bett machen und eine sie wäscht.*

Frau X: Eine macht die Betten und die andere versorgt die Patienten.

*I: Ja und das machen die jeden Tag so?*

Frau X: Ja.

*I: Ja und was macht die Mitarbeiterin, wenn sie sie wäscht?*

Frau X: Nun Gesicht und den ganzen Körper waschen.

*I: Und dann geht die zur nächsten und?*

Frau X: ... waschen den.

***Fragen zur Qualitätsentwicklung: Entwicklungen, Veränderungen und Ereignisse durch das Qualitätsmanagement***

*I: Können sie mir besondere Veränderungen oder Projekte beschreiben, die hier passiert sind, in die sie einbezogen wurden als Bewohner?*

Frau X: Nein.

*I: Was ist so passiert in der letzten Zeit?*

Frau X: Gestern bin ich zum Beispiel geflogen. Aber da war ich selber dran schuld. Ich wollte ein Taschentuch dort in den Papierkorb draußen tun, das fiel da neben, da habe ich mich runter gebückt und da bin ich da lang geschliddert.

*I: Oh, haben sie sich was getan?*

Frau X: Äh wo.

*I: Nichts.*

Frau X: Ich war ja schon halb unten.

*I: Ach so, weil sie gebückt waren. Und was haben, haben die Pflegekräfte dann was gemacht?*

Frau X: Da kamen gleich 2 Mann.

*I: Und was haben die gemacht?*

Frau X: Probiert, ob ich was gebrochen habe und dann ins Bett geschafft. War ja schon abends.

*I: Und wie machen die das, wie probieren die das, das sie was gebrochen haben?*

Frau X: Nun die Arme bewegen, die Beine bewegen, alles bewegen.

*I: War aber nichts passiert?*

Frau X: Nein.

*I: Und warum machen die Pflegekräfte das?*

Frau X: Nun die müssen sich ja auch sicher sein. Dass man dann nicht später mal sagt ich habe dort und dort was, so bilde ich mir das ein.

*I: Was könnte denn passieren, wenn sie später sagen ich habe jetzt was?*

Frau X: Wem was passieren?

*I: Nein, was könnte da passieren?*

Frau X: Das weiß ich auch nicht!

*I: Na ist in der letzten Zeit irgendwas passiert hier im Haus, zum Beispiel ein Projekt oder eine Feier wo sie mit dabei waren als Bewohner?*

Frau X: Im Frühjahr, nein im Herbst, da hatten wir Herbstfest, das war ja so großzügig angelegt, das uns bald der Mund offen stehen blieb.

*I: Aha, was war da passiert?*

Frau X: Nun über 30 Torten, also es war alles da! Das war sehr schön. Ich bin heute zum Beispiel das erste Mal mit zur Beschäftigung gewesen, weil ich durch meinen Rücken dann nicht so X sitzen kann, das ist ja der Mist.

*I: Aha.*

Frau X: Da schimpfen sie immer ein bisschen mit mir.

*I: Die Pflegekräfte? Warum?*

Frau X: Na aus Spaß. Weil die gerne sehen, wenn man sich bewegt. Doch mein Rücken ist so geschaffen, das ihn nicht mehr groß in Anspruch nehmen kann. Deshalb bin ich ja auch hier.

*I: Ja und da waren sie mit zur Beschäftigung unten und was haben sie da gemacht?*

Frau X: „Mensch ärgere Dich nicht“ gespielt. Wenn wir da sind, das ist immer sehr schön. Sehr schön.

*I: Und die Pflegekräfte haben so im Spaß geschimpft, weil sie mit runter gegangen sind, wegen ihrem Rücken?*

Frau X: Nein, weil ich nicht mit runter gegangen bin.

*I: Ich denke sie sind mit runter gegangen?*

Frau X: Ja. Heute.

*I: Ach heute.*

Frau X: Ich soll mich ein bisschen mehr mit den Leuten beschäftigen.

*I: Und machen sie das dann auch?*

Frau X: Ja was in meinen Kräften steht, versuche ich zu machen. Fußball spielen so beim sitzen. Heute haben wir Mensch ärgere Dich nicht gespielt. Da dann tun sie meistens malen.

*I: Zu diesem Herbstfest was sie vorhin gesagt haben, was wurde denn da so gemacht?*

Frau X: (kurze Pause) Da war eine große Kapelle hier, da haben wir unten Kaffee getrunken, Bratwürstel gegessen. Gesungen, geschunkelt.

*I: Was haben die Pflegekräfte da gemacht an dem Tag?*

Frau X: Die waren auch mit unten. Die haben mit geholfen. Musste ja alles vorbereitet werden. Kuchen austeilen und alles.

*I: Warum wurde dieses Fest organisiert? Wissen sie das?*

Frau X: Weil Herbstfest war.

*I: Weil Herbst war?*

Frau X: Das nannte sich Herbstfest.

*I: Ist das öfters so ein Fest?*

Frau X: Das weiß ich nicht, aber ich glaube ja. Einmal im Jahr.

*I: Und haben sie letztens auch Ostern mitgefeiert?*

Frau X: Ostern? Nein ich selber nicht.

*I: Nicht?*

Frau X: War denn da was los?

*I: Ich weiß es nicht, deshalb frage ich sie ja, ob Ostern hier ein Fest stattfand?*

Frau X: Nein Ostern, da gab es bloß ein Osterkörbchen und die Chefin von hier die hat es uns dann überreicht mit Schokolade und einem frischem Ei. Und dann gibt es auch zum Beispiel nach einer gewissen Zeit einen Kleiderverkauf, das ist auch sehr nett, wenn man hier raus gehen kann. Da haben die unten alles aufgehangen und verkaufen dann.

*I: Da kommt jemand hier ins Foyer hier unten ins Haus und verkauft Kleidung?*

Frau X: Ja

*I: Aha und wie geht das dann?*

Frau X: Nun die verkaufen.

*I: Da gehen sie alle runter als Bewohner?*

Frau X: Jeder. Also der etwas haben will. Der eine will einen Pullover der andere will auch Schuhe, Schuhe gibt es dort auch noch.

*I: Und das ist schön?*

Frau X: Ja wir kommen ja nicht in die Stadt. Ach das, das wäre vielleicht mal ein Punkt, man müsste hier auch eine Kraft haben die einem mal was einholt. Wissen sie ich bin ein Schleckerer. Ich esse zum Beispiel gerne mal Jagdwurst, da hat man aber ja niemand. Unglücklicher Weise eine Tochter wohnt in Berlin und eine in die Bundesländer. Sie bemühen sich aber jedes Wochenende zu kommen. Ich dachte schon die kämen heute. Also das, wo man was vielleicht mal sagen könnte. Manchmal abends denkste ach das würdest jetzt gern mal essen.

*I: Können sie die Wünsche an die Küche weitergeben?*

Frau X: Das kann man, aber wir essen zum Beispiel gerne manchmal ein Spiegelei und das dürfen sie nicht machen.

*I: Ach so, warum denn nicht?*

Frau X: Wegen den Salmonellen.

*I: Ach so, da sagen die ihnen dann, die Köchefrauen, sie dürfen kein Ei braten?*

Frau X: Ja. Gekochtes können sie kriegen.

*I: Aber gebraten nicht?*

Frau X: Nein. Ich hätte so gerne mal eine Schnitte gegessen und ein Spiegelei drauf gebraten.

*I: Ja. Und die 1-Euro-Jobber die hier beschäftigt sind die können nicht mal für sie einkaufen gehen?*

Frau X: Na ja das werden die auch nicht gerne machen.

*I: Ja und was machen die Pflegekräfte, wenn der Einkaufsladen hier im Haus ist?*

Frau X: Mit aussuchen mit der Patientin, geben einen guten Rat, sagen das steht ihnen das ist zu helle und das ist schön.

*I: Und seit wann wird das gemacht?*

Frau X: Das weiß ich eben nicht. Das haben sie jetzt zweimal gemacht. Ich nehme an, dass die wiederkommen.

*I: Ich habe eigentlich keine weiteren Fragen. Ich danke ihnen ganz herzlich für das Gespräch.*

Frau X: Bitte schön.

**Interview Nr. 09: I (Interviewer), Frau H (interviewte Mitarbeiterin)*****Fragen zu Situationen und Verhaltensweisen von Personen an denen Qualität sichtbar wird: Beschreibung positiver critical Incidents***

*I: Zum Anfang habe ich ein paar Fragen zum Alltag hier im Haus. Welche typischen Situationen aus der Pflege der letzten Tage sind Ihnen besonders in Erinnerung geblieben und können sie mir da eine beschreiben die besonders gut war, zwischen ihnen und einem Bewohner, wo etwas gut geklappt hat?*

Frau H: Muss ich erstmal überlegen. Die Frau X, das ist die Blinde die hat immer gewisse Gewohnheiten und wer das weiß, kann man auch darauf eingehen und so und da ist es immer Vormittags, da sie ja nichts sieht und da möchte sie gerne in ihr Zimmer, weil sie da mehr Ruhe hat sie sieht ja nicht und hört ja immer nur Laute und das ist ihr manchmal zu viel. Und da ist sie immer dankbar, wenn sie in das Zimmer gebracht wird. Und ich kann es meistens so ein bisschen einschätzen, wenn sie so ein bisschen unruhig ist und so was, da frage ich sie dann auch, wollen sie in ihr Zimmer? Und da sagt sie dann auch ja und da ist sie auch dankbar, weil sie ins Zimmer geschafft wird und wenn sie dann in ihrem Zimmer, wie heute auch wieder, ihre Musik hören kann, da ist sie eigentlich beruhigt und friedlich und das mache ich dann eigentlich auch nachmittags so, wenn ich mal Spätdienst habe und es ist sehr laut, durch den Y der ist auch immer sehr laut und dann sagt sie immer das war heute wieder so laut und da ist sie eigentlich froh, wenn sie wieder in ihr Zimmer gehen kann und das ist dann auch für mich immer, wenn sie sagt, ach das war heute Nachmittag schön. Im meinem Zimmer, da hatte ich meine Ruhe gehabt und das ist auch das, wo ich mich freue, wenn sie ihren Willen bekommen hat und sie dann in ihrem Zimmer ist und es gefällt ihr und ich komme dann rein und sie sagt, das war schön. Da ist man dann auch, sagt man, na das hat man dann doch richtig gemacht.

*I: Und warum verhalten sie sich so in der Situation?*

Frau H: Weil ich einfach ihr helfen will, ich meine ich sehe ja noch gut, aber ich kann mir es vorstellen, wenn man die Augen zu hat und man hört ringsum nur Krach, das Radio, die eine will das Radio hören, die eine Frau, die geht ja nun heute wieder, aber die redet immer so unheimlich laut und wenn das ganze Stimmgewirr und da ist die dann auch immer so unruhig und da ist sie nicht sehr zufrieden. Und das ist dann immer das, mich dann auch befriedigt, wenn sie dann immer so schön ruhig dann ist, man merkt das dann auch, dass sie ausgeglichener ist.

***Beschreibung negativer critical Incidents***

*I: Können sie sich an eine schwierige Situation die eher belastend war für sie mit einem Bewohner erinnern und beschreiben?*

Frau H: Ja. Sie ist mal von einer, Hilfskraft war es nicht, so ein 164 Euro-Jobber, ist sie früh an ein Waschbecken geführt wurden und musste sich alleine waschen. Und da hat sie den nächsten Tag, hat sie gesagt: "Ach Frau H ich muss ihnen mal was erzählen, das muss ich jetzt loswerden, stellen sie sich mal vor gestern früh, ich kann doch nichts sehen, bin ich ans Waschbecken gestellt wurden und musste mich alleine waschen. Ich habe mich mit einer Hand am Waschbecken festgehalten" und sie ist ja auch sehr wackelig, „und mit der anderen Hand musste ich mich waschen und musste mich sogar unten rum waschen und das war überhaupt nicht schön, das kann ich doch nicht. Das war nicht schön.“ Und da habe ich zur Frau X gesagt: Das glaube ich ihnen Frau X, dass sie das nicht können

und ich habe ihr dann auch gesagt, dass so was nicht geht. Also das war für sie und das hat sie nicht bloß mir gesagt, das hat sie auch etlichen anderen gesagt, das hat sie sehr belastet muss ich sagen, das sie das alleine schaffen musste und bewältigen musste und da hat sie sehr lange daran gekaut. Das hat sie Tage später auch noch gesagt.

*I: Wie haben sie sich genau verhalten als sie ihnen das gesagt hat?*

Frau H: Ich habe zu ihr gesagt, ja das ist nicht schön und sie hat es noch nicht gewusst, sie ist neu da und ich werde mit ihr reden und werde es ihr sagen, der Wohnbereichsleiterin sagen, das man so was nicht machen kann und das passiert nicht mehr. Und da wollte sie erst, hat sie gesagt: „tun sie mir ja nichts sagen, ich will nicht das man über mich redet und so.“ Ich sage das hat damit überhaupt nicht zu tun, so was muss gesagt werden, so was können sie alleine nicht mehr machen und das ist ganz klar und das belastet sie und das müssen wir abschaffen. Und dann hat sie auch gesagt, ja ich bin ihnen dankbar, dass ich das los habe, so ungefähr.

*I: Warum haben sie in der Situation so gehandelt?*

Frau H: Weil das eigentlich meine Aufgabe ist, wenn ich da jetzt drüber weg gucken würde oder so was, da hätte ich selber gar keine Ruhe. Also so was liegt mir überhaupt nicht. Und wenn dann sage ich das. Das kann man einfach nicht machen.

### ***Fragen zur Qualität in der Einrichtung: Einschätzung der Pflegequalität in der Einrichtung***

*I: Jetzt habe ich ein paar Fragen zur Qualität hier im Haus oder wie sie die einschätzen. Woran machen sie Qualität in der Pflege und Betreuung fest?*

Frau H: In dem ich das alles mache, was mir gesagt wurden ist, ich meine ich habe es ja nicht gelernt, aber ich bin eigentlich so ein ordnungsliebender Mensch sowieso und ich gehe immer von mir aus, ich wasche mich auch ordentlich und es würde so was mir auch nicht gefallen, wenn einer mit mir so umgeht und dann einfach drüber weg sieht oder so was. Oder einfach schmutzige Sachen wieder anzieht oder so was das. Also das.

*I: Was macht für sie eine gute Pflege und Betreuung aus?*

Frau H: Wenn man auf jemanden eingeht, mit den Leuten redet, gerade wie diese Frau X die blind ist, das man ihr erklärt was man macht, und dass man das einfach alles ordentlich und sauber macht.

*I: Was hat denn sich konkret geändert in der Pflege und Betreuung seit Sommer letzten Jahres?*

Frau H: (Pause) Konkret geändert? Würde ich sagen, hat sich eigentlich nichts. Wir sind ja alle bemüht unsere Arbeit ordentlich zu machen. Ich denke nicht das sich da was geändert hat.

*I: Was hat denn sich in der Beziehung zum Bewohner geändert seit letztem Jahr?*

Frau H: Ich habe eigentlich zu allen eine gute Beziehung. Und wenn mal irgendwas ist, das sind ja alles demenzzranke Leute und wenn da wirklich mal einer was sagt oder so, es gibt auch Leute die manchmal ausrasten, die ganz schön ausrasten sogar und ich muss mir manchmal irgendwelche Sachen anhören, dann kontere ich auch schon mal, es kommt darauf an, wer es ist. Gerade wie der Herr H., den kennen sie ja auch, der poltert ja

manchmal tüchtig los und irgendwie um irgendwelche Sachen, wo es überhaupt nichts zu poltern gibt oder so was. Wie es jetzt vor kurzem war, ich meine man will ja mit allen Sagen Du, und da hat er mich auch anpoltert, ich konnte gar nichts dafür und da habe ich gesagt, höre mal ich kann nichts dafür, ich habe auch nur zwei Hände und ich wusste das nicht und „ja ich gehe runter und melde dich und das kann nicht war sein.“ Und da sag ich, da musste es machen. Ich sage ich habe dir nichts getan und da musst du es machen. „Ja du bist bloß eine Hilfskraft und du hast nichts gelernt.“ Und da habe ich gesagt, passe mal auf, ich habe Zahnärztliche HelferIn gelernt und bin auch eine Fachkraft. Er hat zu mir gesagt, er wäre staatlich geprüfter na, Krankensanitäter. Und da habe ich gesagt, so das wusste ich noch nicht, „und du bist ja bloß eine Hilfskraft.“ Und da habe ich gesagt: Nein ich bin keine Hilfskraft, ich bin eine Fachschwester bzw. eine Zahnärztliche HelferIn. Ja du bist eine HilfssekretärIn gewesen in der Gemeinde. Ich sage HilfssekretärIn war ich auch nicht, ich war keine SekretärIn, ich war eine SachbearbeiterIn für Bau und Wohnungswesen. Ich sage und wenn du mir so dumm kommst, da rede ich kein Wort mehr mit dir. Und da hat er mich noch was gefragt und da habe ich gar nicht geantwortet. Und hinterher hat er zu mir gesagt: Haste mir noch was zu sagen? Ich habe dir überhaupt nichts mehr zu sagen. Dann kam er und sagt: Ja du weißt doch wie ich bin. Ich sage, das musst dir mal vorher überlegen und nicht gleich los poltern. Und das ist nicht das erste Mal. Aber ich bin nicht hinterher dann wieder nachtragend oder so irgendwas, ich rede dann wieder, ich tue im aber nicht mehr antworten dann. Es geht bis zu einem gewissen Grad und dann sage ich auch meine Meinung. Das braucht er wahrscheinlich auch. Er poltert ja mit vielen immer und er versucht dann was er mal früher war, auszuspielen und ich weiß nicht ob sie wissen was, na ja der hat auch für jemanden gearbeitet zu DDR-Zeiten und das versucht er jetzt irgendwie, er denkt er kann das immer noch machen. Aufpassen und was ich alles machen und das versucht er dann auch irgendwie und ich hab mir nichts am Zeug zu flicken oder irgendwas und da kontere ich auch schon mal, wenn irgend so was ist, aber ansonsten bin ich eigentlich ein Typ der eigentlich in Ruhe das alles macht. Aber bei ihm das sage ich es manchmal, aber ich bin nicht irgendwie das ich dann sage, dann knalle oder irgendwas, die Tür zu knalle, oder irgendwas ich rede mit dem dann und er weiß es ganz genau und hinterher sagt er, ja du weißt ja wie ich bin. Und da hat sich der Fall. Ich bin ja den nächsten Tag nicht so, ich frage was haste denn gemacht oder so, das hat sich für mich erledigt dann und dann ist Ruhe.

*I: Knallen da andere Leute die Türen oder verhalten sich dann anders in so einer Situation?*

Frau H: Nein eigentlich nicht. Die sagen dann auch schon mal ein paar passende Worte, also das ist ja so ein Polterer. Da kann man nicht dagegen machen. Jede kleinste Gelegenheit und wenn er mal seine schlechte Laune hat na ja, ich meine manchmal kann man es auch verstehen, aber er ist manchmal aus irgendeinem, aus dem nichts heraus, fängt er manchmal an. Ich komme so auch gut mit ihm aus, muss ich sagen, aber manchmal also 2-3-mal ist es schon passiert und da sage ich ihm dann seine Meinung oder meine Meinung. Und er hat sich bisher immer hinterher entschuldigt.

*I: Da sieht er es ja dann doch irgendwo ein?*



Frau H: Wahrscheinlich sieht er es ein aber er muss erst mal los poltern. Aber in einem Ton, er schreit ja dann.

*I: Ja das ist schwierig für sie, dann damit umzugehen.*

Frau H: Na ja ich ärgere mich erstmal einen Moment, aber es ist dann auch wieder, ich denke na ja, nimmst ihn so wie er ist, der ändert sich sowieso nicht mehr, was will ich mich da ärgern hinter her oder irgendwie, der Fall hat sich dann für mich.

*I: Was hat sich in der Pflege und Betreuungsqualität seit letztem Jahr geändert?*

Frau H: (Pause) Na ja, dadurch das wir jetzt doch ein paar mehr Leute sind, die jetzt praktisch die 1-Euro-Jobber und so was, das die Mal mit den Leuten so nachmittags mal ein Stückchen fahren oder so was, das ist eigentlich schon auch ein Vorteil, weil man ja doch dazu nicht kommt, weil ja die Zeit nicht ausreicht. Und das würde ich denken, das das für die Leute auch manchmal ganz gut ist, wenn sie mal so ein Stückchen rumgeführt werden, das passiert zwar auch nicht so oft, aber die setzen sich mal hin und reden mit denen oder was und da hat man, mir selber auch manchmal ein bisschen mehr Zeit für die Leute, das eigentlich doch würde ich sagen von Vorteil.

***Fragen zur Qualitätsentwicklung: Entwicklungen, Veränderungen und Ereignisse durch das Qualitätsmanagement***

*I: Beschreiben sie besondere Ereignisse und Projekte an denen sie beteiligt waren hier im Haus? Oder von denen sie gehört haben, wenn sie nicht selbst beteiligt waren?*

Frau H: (Kurze Pause) Da fällt mir im Moment nichts ein.

*I: Vielleicht in der Richtung was Organisationsbezogenes oder Mitarbeiterbezogenes oder auf Bewohner bezogen?*

Frau H: (Pause) Ich wüsste jetzt im Moment nicht was, fällt mir im Moment nichts ein weiter.

*I: Können sie sich an was erinnern, was hier umgesetzt wurde oder durchgeführt wurde, was mit dem Qualitätsmanagement zu tun hatte?*

Frau H: (Pause.) Da habe ich gar nichts damit zu tun mit dem Qualitätsmanagement.

*I: Hören sie mal davon?*

Frau H: Ja habe ich schon gehört, natürlich aber...

*I: Inwiefern wird das hier verbreitet?*

Frau H: Na ja durch die Teamsitzungen, bei den Teamsitzungen und so. Da wird dann schon gesagt durch den Herrn T. schon, durch Wohnbereichsleitung und so was....

*I: Und zur Pflegedokumentation, elektronischen Dokumentation?*

Frau H: Ja, da haben wir jetzt Lehrgang gehabt und da sind wir ja eingewiesen wurden. Die erste, die erste, der erste Tag und da kommt auf uns was drauf zu, aber ich habe ja eigentlich schon mal so einen Computerlehrgang gemacht.

*I: Ah, sie sind eine versierte Anwenderin?*

Frau H: Na ja ganz so versiert nicht, aber ich weiß zum Beispiel, als ich arbeitslos geworden bin, da hatte ich für drei Monate hier für Bürokommunikation und da habe ich

mit Computer umgehen gelernt und das ist schon ein Vorteil, das man weiß, wo man hindrücken muss und wo was liegt und so das ist schon, als wenn da einer so vor den Computer gesetzt wird, die das noch nie gemacht haben, denen qualmt natürlich der Kopf. Aber da ist dann schon doch ein bisschen im Vorteil. Das war eigentlich ganz gut dass ich das mit machen konnte und das hilft mir jetzt sehr.

*I: Was würden sie sagen warum wird hier diese Pflegedokumentation am Computer eingeführt?*

Frau H: Na in sämtlichen Heimen ist das ja schon eingeführt worden und wie uns gesagt wurde sind wir fasst das letzte Heim, wo das eingeführt wird und das ist für uns erstmal eine ganz schöne Belastung oder wird eine ganz schöne Belastung werden. Aber ich denke mal wenn das dann richtig läuft, wird es schon gut.

*I: Ja schön. Ich bin eigentlich mit meinen Fragen am Ende. Ich danke ihnen für das Gespräch und das sie sich die Zeit genommen haben.*

**Interview Nr. 10: I (Interviewer), Frau K (interviewte Mitarbeiterin)*****Fragen zu Situationen und Verhaltensweisen von Personen an denen Qualität sichtbar wird: Beschreibung positiver critical Incidents***

*I: Zunächst habe ich ein paar Fragen zu ihrem Arbeitsalltag, so ein paar allgemeine Situationen aus dem Arbeitsalltag. Können sie sich an eine typische Situation erinnern in den letzten Tagen, wo etwas gut geklappt hat zwischen ihnen und einem Bewohner?*

Frau K: (Pause.) Nein, eigentlich nicht, aber ich könnte mich auch an nichts Negatives erinnern. Also das ist gleich bleibend.

*I: Und gibt es irgendeine Situation aus dem Arbeitsalltag die sie beschreiben können die eigentlich normal abgelaufen ist?*

Frau K: Normal ist das fast alles täglich, also ich sag mal, es gab jetzt keine Besonderheiten, wo man sagt Notfall gehabt oder irgend, nichts.

*I: Es muss ja nicht unbedingt eine Besonderheit sein. Es kann auch eine alltägliche zum Beispiel beim Waschen oder beim Essen reichen oder was anderes?*

Frau K: Also was Besonderes nein, alles so wie immer.

*I: Und Können sie mir da eine Situation beschreiben die da jeden Tag gleich verläuft oder ähnlich verläuft?*

Frau K: Na ja das kommt drauf an zu welchem Bewohner man geht und da fängt man mit waschen an, es merkt man ob die Bewohner ein Gespräch führen wollen oder nicht, dann stellt man sich drauf ein ja und wenn man sie fertig hat schafft man sie zum Frühstück und geht zu den nächsten Bewohnern. Dasselbe von vorne wieder.

*I: Und wie stellen sie sich drauf ein auf ein Gespräch, mit dem Bewohner?*

Frau K: Das ist verschieden, die meisten fragen wie ist den das Wetter heute draußen, da hat man da einen Punkt und manche die noch ziemlich klar sind, sage ich mal und die fragen: Hatten sie frei?, Hatten sie was unternommen?, fragen manche und da unterhält man sich darüber oder ich frage: Waren ihre Kinder da? oder so in der Richtung. Oder wenn Geburtstag war, Waren sie mit zur Feier unten? oder irgend so was, das ist unterschiedlich. Also nicht bei jedem Bewohner das gleiche Gespräch, das merkt man, über was die sich unterhalten wollen.

Und manche Leute wollen auch gar nicht reden, das muss man dann halt auch akzeptieren, da tue ich dann meistens meine Handgriffe bekleiden, ich wasche jetzt den Oberkörper oder ich trockne sie jetzt ab, dann beschränkt sich das darauf.

*I: Und sonst reden sie quasi über andere Dinge, wenn sie zum Beispiel die Bewohner waschen?*

Frau K: Ja, wenn ich das merke das sie das möchten ja.

*I: Und warum machen sie das, warum reden sie so bei der Pflege mit den Bewohnern?*

Frau K: Na ja wenn jetzt zum Beispiel welche im Bett liegen und überhaupt nicht mehr rauskommen und zeitweise auch verwirrt sind, ich kann sie jetzt einfach nicht losmachen und die wissen früh gar nicht was geht jetzt los, was macht den der mit mir? Oder was macht denn die mit mir, das muss ich dann schon sagen: Guten Morgen und wir wollen jetzt waschen, sie machen mit, wir fangen mit dem Kopf an, mit dem Gesicht an, ich

trockne sie jetzt ab, also nicht das ich dann einfach mit dem Handtuch komme und dann kommt wieder ein Waschlappen also das finde ich schon, das ich das sagen muss und bei welchen die sich über was anderes unterhalten müssen, muss ich das nicht machen, die legen dann auch gar keinen Wert drauf, das ich sage, jetzt wasche ich ihnen den Arm oder so. Die wollen dann lieber was anderes sich unterhalten.

*I: Ist das der größte Teil der sich noch anders unterhalten will oder sind das mehr Bewohner wo sie anleiten müssen?*

Frau K: Das sind mehr wo man anleiten muss.

*I: Und was ist dann das Ergebnis von so einer Situation, wenn sie mit einem Bewohner sprechen oder ihm auch nur sagen was sie machen?*

Frau K: Meistens kommt zurück, ja oder schön oder es ist kalt oder das Wasser ist zu warm oder irgendwie so in dieser Richtung. Mehr kaum, höchstens meine Haare noch oder irgend so was, manche Frauen, das ist ja in Ordnung, ich finde es ja gut wenn sie noch Wert darauf legen. Aber da kommt nicht viel.

### ***Beschreibung negativer critical Incidents***

*I: Und eine Situation die eher schwierig ist oder belastend, können sie sich da an was erinnern zwischen ihnen und einem Bewohner?*

Frau K: (lange Pause) Schwierig, Ja schwierig sind schon manche Situationen, meistens wenn sich dann über die Vorschicht beschwert wird, kann man nicht drauf eingehen, da muss man sagen klären sie das mit der Kollegin selber, ich weiß ja nicht was gelaufen ist. Und ich muss dann schon erstmal ehe ich überhaupt was dazu sage, beide Seiten hören und da verweise ich die immer an die Kollegin selber, dass sie das mit ihr zu klären hat. Das sind manchmal auch belanglose Dinge aber manche die schimpfen halt über alles und jeden und mit nichts zufrieden. Muss ich damit umgehen können sage ich manchmal damit, ach heute ist ein neuer Tag und wir fangen ganz neu an und heute scheint die Sonne und da wird es sowieso besser und irgendwie ablenken, weil ich kann nicht darauf eingehen, wenn es jetzt nicht ein krankheitsbezogenes Problem ist, das er Schmerzen hat oder so was, sonst finden die kein Ende, die würden sich nur beschweren. Wenn die Decke schief liegt, so was. Dann so ein bisschen raus bringen so aus ihrem meckern, bisschen weg bringen davon.

*I: Also sie lenken quasi die Bewohner ab?*

Frau K: Ich lenke sie ab, wenn ich jetzt merke das ist wirklich nichts wichtiges, dann lenke ich sie ab.

*I: Und was sagen sie da oder was machen sie da?*

Frau K: Na ja ich sage, gerade wenn sie anfängt, na ja hast du dich gestern Abend nicht gekümmert ich hatte Schmerzen? Dann sage ich na ja es war ja Nacht, sie haben geschlafen, sie habe geruht, jetzt sieht es doch viel anders aus und wenn sie heute Abend Schmerzen haben, dann sagen sie es gleich, dann kriegen sie was, so. Oft gelingt es. Man kann es jetzt nicht groß vertiefen, weil das wird ein Gespräch ohne Ende. Jeder ist derjenige der die meisten Schmerzen hat. Das kann man nicht.

*I: Warum handeln sie eigentlich so, dass sie dann Ablenken in dieser Situation?*

Frau K: Da stehe ich 3 Stunden hinten und rede noch und ringsum klingelt es und jeder will ja früh raus und gewaschen werden und zum Frühstück und wenn ich aber darauf eingehe, dann bin ich 3-4 Stunden im Zimmer, das nimmt kein Ende, weil die immer wieder was finden. Und ich unterhalte mich ja schon und versuche es ihnen schon so recht wie möglich zu machen, aber ich weiß genau, wenn meine Schicht zu Ende ist bin ich dann diejenige und dann machen sie es bei der nächsten. Und das kann man nicht. Am Ende denke ich manchmal, suchen die einen Anlass um zu reden? Um irgendwie im Mittelpunkt zu stehen und jetzt bin ich mal diejenige, jetzt muss sie mal mit mir reden. Obwohl das Quatsch ist, es kriegt jeder seine Streicheleinheiten aber die kann man nun eben nicht stundenlang kriegen, das geht nun wirklich nicht.

*I: Sind das immer dieselben Bewohner?*

Frau K: In der Regel ja, man kennt sie dann schon.

*I: Und wenn mal so ein Fall ist das jemand kein Schmerzmittel bekommen hat oder wie ist das zu verstehen, das der über Schmerzen klagt und sagt, ja ich habe nachts nicht bekommen?*

Frau K: Und dann schaue ich nach ob sie wirklich nichts bekommen hat. Wenn aber drinnen steht sie hat Schmerzen geäußert, dann steht unter Garantie drinnen sie hat Schmerzmittel bekommen. So und dann erkläre ich das, ich habe nachgeschaut und sie haben was bekommen, ach so das habe ich vergessen. Dann hat sich es eigentlich schon erledigt.

***Fragen zur Qualität in der Einrichtung: Einschätzung der Pflegequalität in der Einrichtung***

*I: Jetzt habe ich ein paar Fragen zur Qualität hier in der Einrichtung. Woran machen sie Qualität in der Pflege und Betreuung fest?*

Frau K: Ach, das ist schwierig. Ich sage mal so es muss alles klappen. Es muss ein ordentlicher Umgang mit den Bewohnern sein, es müssen alle Pflegemittel da sein, ich muss nicht erst rum rennen. Die Leute müssen ordentlich gelagert werden, wenn sie nur im Bett liegen und die müssen regelmäßig nachgeguckt werden ob sie nass sind. Es müssen Kontrollgänge regelmäßig durchgeführt werden, die ärztliche Versorgung muss klappen. Man muss mal bedingt auf Wünsche eingehen, wenn es machbar ist, also ringsum die ganze Versorgung muss klappen, also da kann ich nicht sagen, es ist jetzt nicht da oder wir haben das jetzt nicht oder das geht nicht, das muss eben einfach alles da sein. Na ja und am Ende der Umgangston auch, das heißt aber nicht, dass ich bloß Streicheleinheiten verteile schon aber ich muss mich den Konflikten die es da gibt auch mal stellen. Und ich muss auch mal sagen können, nein, sie müssen jetzt mal 10 Minuten warten, sie hatten gerade geklingelt, ich habe sie versorgt, sie liegen, sie haben zu trinken, sie sind trocken. Ich muss jetzt wirklich erst mal zum nächsten Bewohner. Das muss ich genau so gut mal sagen können. Und das gehört aber für mich mit genau so mit zur guten Qualität dazu. Ich kann nicht immer bloß die Gute sein. Das geht ganz einfach nicht.

*I: Und wie reagieren dann die Bewohner darauf, wenn sie erst mal getröstet werden?*

Frau K: Na ja die meisten sind erst mal, die meisten das sind dann immer die gleichen, das sie erstmal vergnügt sind und ich sage ja es tut mir leid aber es nützt aber nichts. Und versorge dann erstmal den nächsten und gehe aber dann auch wieder zurück. Also wenn ich das sage, ich komme gleich wieder, dann muss ich es auch machen. Und kann nicht erst eine Stunde später hingehen. Also das ist schon dann Bedingung, das man das auch macht, also so sehe ich es. Ich denke schon dass das hier so gehandhabt wird hier so bei allen. Ich meine es dauert vielleicht mal fünf Minuten länger, ich kann den nächsten jetzt auch nicht ins Bett treiben und sagen schnell, schnell, das geht nicht, aber wenn ich dort sage ich gehe zum Herrn so und so oder zur Frau so und so, es dauert ein paar Minuten, das müssen sie akzeptieren auch wenn es ihnen manchmal schwer fällt.

*I: Und warum wollen die eigentlich die Bewohner das sie noch mal kommen die Bewohner? Oder das sie noch mal dableiben, wenn sie eigentlich schon versorgt sind?*

Frau K: Weil sie genug bezahlen und das kriegt man auch gesagt. Ich bezahle genug also haben sie auch für mich dazu sein. Die Bewohner sehen nicht dass sie Pflegestufe 1 haben und eigentlich noch sehr viel machen müssten. Die wollen eine Rundumbetreuung, da hat man jede Minute dazu sein, wenn die das wünschen aber das geht nicht. Und wir nehmen keine Rücksicht ob einer eine 1 oder 2 oder eine 3 hat, wir machen möglich was möglich ist. Aber das sie mal warten müssen das bleibt ja gar nicht aus. Das ist nun mal so.

*I: Und wie gehen sie damit um, wenn sie mit solchen Aussagen konfrontiert werden?*

Frau K: Wie ich damit umgehe? Ich stecke es weg. Ich sage ganz einfach es nützt ja nichts, ich habe bloß 2 Hände und mehr wie arbeiten und rennen kann ich nicht. Es sind manche Tage mehr nervig die anderen sagt man sich jetzt werden sie einsichtig, heute haben sie doch mal gewartet, dass ist unterschiedlich, das muss man wegstecken.

*I: Und die Bewohner die Pflegestufe 1 haben, und dann sagen, „sie müssen jetzt zu mir kommen, ich bezahle sie dafür“ in Anführungsstrichen, brauchen die auch soviel Zeit von Ihnen oder braucht jemand anderes mehr Zeit? Sehen die Bewohner es ein, dass sie eigentlich eine Pflegestufe 1 haben?*

Frau K: Nein, das sehen die nicht ein, aber es nützt nichts die müssen in dem Moment warten. Die sehen ich brauche jetzt vielleicht beim nächsten, ich sage es jetzt mal pauschal 20 Minuten beim ins Bett bringen und bei ihr weil sie es ja wirklich selber noch kann und es ist eigentlich mal bloß die Decke drüber ziehen und das dauert nun mal nicht so lange, da bin ich vielleicht nur 5 Minuten drinnen und rede noch ein paar Worte und manche Tage sind eben so, das denen das zu wenig ist. Dieses immer drauf hinweisen, sind sie froh sie können das noch, sie können doch glücklich sein, sie können doch noch alleine herum laufen wird selten akzeptiert. Nein der kriegt so viel und ich bin dann immer die Letzte und. Aber damit muss man umgehen können. Was soll's? Es ist nun mal in einem Heim so? Und eine 1 zu 1 Betreuung haben wir nicht.

*I: Was hat sich konkret in der Pflege und Betreuung verändert seit Sommer letzten Jahres beispielsweise?*

Frau K: Was sich geändert hat? Ich finde es ist stressiger geworden, weil die Leute auch mehr fordern. Die fordern einfach mehr ein und dem zu Folge rennt man mehr. Das ist

mein Eindruck. Es ist nicht jeder Tag so, es gibt auch Tage wo man sagt, gut man, heute war es relativ ruhig, aber im Allgemeinen finde ich schon, das man mehr rennt.

*I: Und warum fordern die Bewohner mehr ein oder woran merken sie das?*

Frau K: Ja weil sie öfter klingeln oder öfter Wünsche haben und das möchten und das möchten das geht ja soweit wie, gehen sie mir jetzt mal 100g Hackepeter holen. Und gehen sie jetzt mal die Bonbons holen, das ist ja absolut nicht drinne. Ich kann ja jetzt nicht sagen ich gehe mal für ½ Stunde in den Penny-Markt. Das, das tritt so langsam von manchen Bewohnern auf, das zu erklären, ihre Tochter kommt täglich, sagen sie es ihr mal, die bringt es mit, begreifen die gar nicht, das man das nicht machen kann.

*I: Und wieso war das vorher nicht so stressig?*

Frau K: Weiß ich nicht warum, das einmal so ist. Na ja es kommen ja neue Bewohner dazu und jeder ist anders. Und ich sage mal die, die sich an den Rhythmus gewöhnt hatten, die sind nun mittlerweile gestorben und es sind wieder neue und eh die nun den ganzen Trott nun erstmal so gewöhnt sind, da kommen schon mehr Forderungen, erst mal an das Heim daran gewöhnen. Der eine begreift es schnell, dass er abends auch mal warten muss bis er an der Reihe ist und der andere, der begreift es nie. Aber das ist mit jedem neuen Schwung so, der da kommt. Wenn da ein paar Sterbefälle drinne sind und es kommen 3-4 Neue das ist dann erst mal schon wieder eine Umstellung.

*I: Was hat denn sich konkret in der Beziehung zu den Bewohnern seit Sommer letzten Jahres verändert?*

Frau K: Eigentlich groß nichts. Ich sage mal die Alten die da sind, die wir jetzt schon 2 Jahre haben, die sagen dann manchmal, ach mir waren die ersten die hier mit eingezogen sind und sie sind auch von Anfang an mit da, da kommen dann solche Gespräche und die jetzt neu dazu gekommen sind die fragen dann halt, mit wem kann man sich denn unterhalten und wollen dann wissen, was für Angebote hier sind, aber im Prinzip groß verändert hat sich jetzt nichts. Außer das wir etwas sicherer geworden sind in der ganzen Zeit jetzt und eigentlich schon an der Reaktion der Leute sehen was sie jetzt gleich wollen oder was sie fordern, das kennt man dann schon besser. Kann man die Leute besser einschätzen. Also die noch da sind, das die auf jeden Fall.

*I: Und was hat denn sich in der Pflege- und Betreuungsqualität geändert seit letztem Jahr?*

Frau K: Qualität würde ich schon sagen, in der Hygiene hat sich schon ganz schön was verbessert.

*I: Was genau?*

Frau K: Ja wir haben eine Hygienebeauftragte, die sagt dann immer wir haben das jetzt vereinfacht, brauchen nicht den Kanister von einer Sonde sage ich mal nicht jedes mal zu desinfizieren, wir können es in den Geschirrspüler tun, das ist ja für uns schon wieder eine Erleichterung oder die Systeme die können wir jedes mal weg tun, wir können jedes mal ein neues nehmen also es sind schon Erleichterungen dabei. Finde ich ja in der Beziehung hat sich schon, es wird auch immer geguckt ist alles da was man braucht sofort zum desinfizieren oder so und uns nichts ausgeht und man erst rum rennen muss, das nimmt man für das und so, das hat sich eingespielt, man weiß das jetzt. Mit den Verbandsmitteln wo man am Anfang unsicher war, bei wem wird was drauf gemacht oder so und das finde

ich schon das ist jetzt, da wir auch immer regelmäßig zu Lehrgängen gehen, die immer so angeboten werden, das hilft schon. Es ist nicht so das man sagen kann der Lehrgang war jetzt von Anfang bis Ende, ich habe mir alles gemerkt, ist Quatsch aber man nimmt immer etwas mit. Wo man dann sagt: Mmm, das habe ich jetzt gehört, ist gut. Wir haben neue Sonden gekriegt wo wir erst am Anfang gedacht haben ach schwierig, das ist ja wie ein kleiner Computer aber eine Einweisung gehabt und ganz einfach eigentlich also. Die anderen Sonden, das ist wirklich eine Verbesserung die hat man angestellt, nach einer Weile ging man rein und die lief nicht und das ging über den ganzen Tag, aller halbe Stunde kontrollieren läuft denn die Sonde noch und das ist jetzt nicht mehr. Das ist eine Erleichterung, das fand ich schon gut das man nicht immer gucken muss, das war echt belastend, wenn man nach einer halben Stunde geguckt hat und die Nahrung ist immer noch drinnen. Das ist schon gut. Meistens sind das auch so Kleinigkeiten die sich verbessert hat, die für uns jetzt schon selbstverständlich sind, die man gar nicht mehr so war nimmt aber wenn man zurück denkt, war es halt doch belastend. Aber das geht dann schon so über das man es schon gar nicht mehr als Verbesserung erkennt.

***Fragen zur Qualitätsentwicklung: Entwicklungen, Veränderungen und Ereignisse durch das Qualitätsmanagement***

*I: Können sie mir konkrete Projekte oder Veränderungen hier im Haus beschreiben, die sich seit letztem Jahr vollzogen haben oder wo sie beteiligt waren auch zum Beispiel organisatorischer Art oder auf Mitarbeiter bezogen oder Bewohner bezogen?*

Frau K: Außer das wir jetzt alle mit dem Computer, das ist ein großes Projekt und da ist jeder dran beteiligt, da muss jeder zur Schulung, ist ja auch schon angelaufen aber ansonsten, große Projekte?

*I: Oder kleinere? Die jetzt speziell das Haus betreffen?*

Frau K: Nein könnte ich jetzt nicht sagen.

*I: Warum wird denn das mit dem Computer durchgeführt also die Pflegedokumentation?*

Frau K: Na ja das ist einfach so, das es überall verlangt wird, das gehört dazu jetzt, alle Heime das gehört ins Pflegemanagement einfach mit dazu, das muss jetzt jedes Heim ob man will oder nicht. Aber ich glaube es ist fasst kein Heim mehr, ich glaube wir sind da fasst einer der letzten jetzt.

*I: Und was machen sie da speziell in den Lehrgängen?*

Frau K: Na ja erst mal den Umgang mit dem ganzen Pflegeprogramm, also alles was wir jetzt mit der Hand schreiben, dieses ganz Pflegeplanung und Pflegemaßnahmen alles läuft über Computer dann. Dasselbe was wir jetzt in unseren Akten haben, das läuft über den Computer und da muss man mit dem Programm halt umgehen können. Oder das lernen damit umzugehen, das geht bestimmt nicht von heute auf morgen. Sicher nicht aber man muss sich halt selber ein bisschen mit rein knien.

*I: Wie ist das mit der Apotheke, da habe ich gehört dass da was geändert wurde?*

Frau K: Die Medizin die läuft jetzt über die Apotheke. Meiner Meinung nach finde ich es gut. Sobald eine Veränderung vom Arzt kommt wird es an die Apotheke gemeldet und die Apotheke hat ein Zimmer hier unten und setzt die ganze Medizin und die Nachtwache holt die dann ab, das wäre zum Beispiel ein neues Projekt hier, sehen sie das ist schon



wieder alltäglich für uns. Ich finde es gut, also ich finde es super. Es ist zwar in dem Sinne keine gewonnene, ja es ist gewonnene Zeit aber auf der anderen Seite klingeln die Bewohner auch nachts mehr. Und sind nachts pflegeaufwändiger. Also gleicht sich das jetzt wieder aus aber wenn ich das jetzt noch mit der Medizin setzen hätte und dieses Geklingel, also es wäre dann wirklich kaum noch zu schaffen. Und in dem Sinne, ich finde das schon gut. Man holt die bloß hoch nachts und der Frühdienst kann die sich dann raus nehmen früh, mittags, abends wird die raus genommen und gesetzt. Ich finde es gut.

*I: Warum wurde das geändert, das Bestellsystem oder dieses Medikamentensystem?*

Frau K: Nun die Apotheken wissen doch genau, welche Medikamente sind unter einander nicht verträglich was mir hier jetzt wirklich nicht so wissen und wissen brauchen. Und ein Arzt guckt manchmal nicht gleich nach, selbst wenn man sie drauf aufmerksam macht schnell, schnell, aber die Apotheke kann dann genau sagen, gebt das lieber mal eine halbe Stunde vorne weg oder wartet mal eine halbe Stunde und so und die setzen das dann auch so, das finde ich schon besser. Und wir brauchen uns um das ganze Bestellen nicht mehr zu kümmern. Die sehen sofort wenn was alle wird und machen das dann selber, das klappt eigentlich gut. Und Fehler, ich sage mal wenn jetzt wirklich mal eine Tablette fehlt, dann kann man runter gehen und die schnell noch nachsetzen. Das ist aber überhaupt nicht die Regel.

*I: Und das mit der Zeit oder dem mehr klingeln, sie brauchen jetzt zwar nachts nicht mehr die Medikamente setzen aber die Bewohner klingeln mehr, aber die haben doch bestimmt vorher auch so viel geklingelt? Das verstehe ich nicht so ganz?*

Frau K: Nein, nein. Es kommen ja immer wieder neue Bewohner dazu und da sind eben auch welche dabei die auch nachts sehr viel klingeln, die hatten wir früher nicht deswegen sage ich die jetzt und das Medikamentensetzen noch. Die eine setzt Medikamente und die andere rennt auf zwei Etagen wenn es klingelt das ist schon, das war schon früher immer ganz schön hart, man hat das kaum geschafft und dadurch ist das jetzt schon besser.

*I: Die Zeit quasi die sie jetzt nicht mehr setzen müssen, was haben sie da immer gebraucht, wie viel Zeit für, in so einer Nachtschicht für das Medikamente setzen?*

Frau K: Na 2 Stunden in der Regel schon.

*I: Und was machen sie jetzt in den 2 Stunden? Oder für was nutzen sie die?*

Frau K: Ja wenn es ruhig läuft sag ich mal, man hat seine Rundgänge zu machen, man muss die Leute umwindeln, es wird noch Tee gekocht nachts, es wird noch Medikamente ausgeteilt um 10, also dann ist um Mitternacht schon wieder ein Rundgang dran und gegen um drei ist noch einmal ein Rundgang dran, in der Zwischenzeit hat vielleicht mal einer eingemacht. Also es ist eigentlich immer was und wenn ich jetzt mal Luft habe, dann setzt ich mich hin und mache meine Pflegeplanung weiter.

*I: Sie können quasi nicht direkt sagen es ist mehr Zeit übrig für den Bewohner?*

Frau K: Na ja mehr Zeit übrig in dem Sinne das würde ich nicht sagen, weil die alle aufwändiger geworden sind. Ja klar ich kann jetzt am Bewohner bleiben, das schon aber das ich jetzt, wie das gedacht wird, na ja ich kann jetzt schreiben und stundenlang hinter einander weg so ist es nicht. Es ist dann doch so das ich sage, ich nehme mir das mit

heim. Wenn ich hier drüber sitze und bei einem Bewohner dreimal aufstehen muss und unterbrechen muss, das bringt mir am Ende nichts. Da lasse ich das dann auch sein.

*I: In Zukunft wird das sicherlich anderes werden wenn sie die Pflegedokumentation am Computer machen? Nachts die Planung und solche Sachen?*

Frau K: Das stellen wir uns jetzt mal lieber noch nicht vor. Das kann ich auch noch nicht sagen. Erstens ist man auch noch ängstlich, was verkehrt zu machen, eh man das Programm mal beherrscht, also ich würde schon sagen da raucht der Kopf schon da, aber abwarten.

*I: Ich danke ihnen herzlich für das Gespräch und das sie sich die Zeit genommen haben.*

**Interview Nr. 11: I (Interviewer), Frau L (interviewte Mitarbeiterin)*****Fragen zu Situationen und Verhaltensweisen von Personen an denen Qualität sichtbar wird: Beschreibung positiver critical Incidents***

*I: Zunächst habe ich ein paar Fragen so zu Alltagssituationen die ihnen täglich begegnen. Können sie sich an eine besondere Situation erinnern die ihnen positiv in Erinnerung geblieben ist, wo etwas besonders gut zwischen einem Bewohner und Ihnen geklappt hat?*

Frau L: (kurze Pause)

*I: Oder was Auffälliges?*

Frau L: (Pause) Ich finde es eigentlich schön, wenn Bewohner kommen und sich auch mal bedanken für irgendwelche Sachen und nicht wie es viele Male ist nur negativ sehen, dann auch sagen es war schön gerade wenn jetzt mal diese Geburtstagsfeiern sind die einmal im viertel Jahr sind für die Bewohner, das sie dann immer sehr viel Rückmeldung darüber bringen eigentlich.

*I: Gibt's da jemand der das immer macht, also eine bestimmte Bewohnerin?*

Frau L: Nein, das ist ja immer nur einmal im viertel Jahr und das sind schon unterschiedliche, das sind schon einige die sagen, das war wieder schön so und freuen sich schon auf nächste Mal wieder, die schon länger da sind.

*I: Da wird quasi in einem viertel Jahr für alle Bewohner in dem Zeitraum Geburtstag haben...?*

Frau L: Für alle die in dem viertel Jahr Geburtstag hatten, wird hier unten dann Kaffeetrinken und hier, das ist immer recht hübsch.

*I: Und wie verhalten sie sich dem Bewohner gegenüber wenn sie da so eine Rückmeldung bekommen?*

Frau L: Ja ich sage, haben sie das auch unten gesagt, weil die das alle organisieren in der Leitung, die freuen sich dann auch drüber ja, das machen wir schon immer.

*I: Und warum verhalten sie sich so gegenüber den Bewohnern?*

Frau L: Ja, weil erstens mal tut es uns gut und dem Bewohner tut unsere Rückmeldung auch wieder gut.

*I: Und das Ergebnis der Situation ist dann?*

Frau L: Es ist eigentlich so, das sie dann für eine Weile auch wieder, weil es auch manchmal welche sind, die missgelaunt sind, auch dann mal wieder ein bisschen aufgeheitert sind von der Stimmung.

*I: Und die Missgelaunten die kommen zu Ihnen und bedanken sich?*

Frau L: Die kommen dann auch und sagen es war wieder schön und das das so gemacht wird.

*I: Ach so, da nimmt quasi der ganze Wohnbereich teil?*

Frau L: Ein Wohnbereich, die Geburtstagskinder von dem Quartal immer, immer Ende eines Quartals.

***Beschreibung negativer critical Incidents***

*I: Gibt es eine Situation die eher belastend war oder eher schwierig war zwischen Ihnen und einem Bewohner an die sie sich erinnern können?*

Frau L: Ich habe eigentlich wenige Probleme mit Heimbewohnern und auch mit belastenden Situationen. Es ist manchmal wo man sich ein bisschen drüber ärgert, wenn ein jemand unberechtigt dumm kommt, haben wir ja auch Bewohner, aber eigentlich ich stecke das weg und sehe das nicht so, ich tue das dem Krankheitsbild oder demjenigen zu und da hat sich das für mich.

*I: Gibt es da einen bestimmten Bewohner oder bestimmte Bewohnerin?*

Frau L: Ja mit Herrn H. haben wir oft Probleme, aber ansonsten geht es eigentlich.

*I: Worum geht es da?*

Frau L: Ach er ist so ein Typ, wenn er ein bisschen missgelaunt ist oder er jemanden irgendwie nicht leiden kann, dann handelt er unüberlegt, er entschuldigt sich zwar manchmal hinterher, aber feuert erst einmal richtig doll los.

*I: Und wie verhalten sie sich da?*

Frau L: Ich komme ihm dann immer so entgegen, das ist auch ein Bewohner der mit Du angesprochen will bei uns, ansonsten hat man ganz schlechte Karten bei Ihm, wenn man mit Sie kommt, und da sag ich dann immer wir haben auch nicht jeden tag gute Laune und müssen auch nett und freundlich sein und ich sag eigentlich erwarten wir das auch von den Bewohnern. Ich sage und man kann nicht mit jedem, da muss man nicht immer gleich so losschießen und das sieht er dann eigentlich auch meist ein.

*I: Und warum verhalten sie sich so dem Bewohner gegenüber?*

Frau L: Ja eigentlich erstmal um auch, das ich auch meine Reaktion ihm gegenüber rüberbringe und das er weiß wie ich dazu stehe.

*I: Und was ist dann das Ergebnis?*

Frau L: Er kann eigentlich damit ganz gut umgehen.

*I: Und sie?*

Frau L: Ich auch. Ich habe damit keine Probleme. Dadurch dass ich auch einige Jahre in der Psychiatrie gearbeitet habe, habe ich auf diesem Gebiet eigentlich sehr wenige Probleme.

*I: Stimmt das haben sie im ersten Interview erzählt.*

Frau L: Ich komme damit ganz gut klar.

***Fragen zur Qualität in der Einrichtung: Einschätzung der Pflegequalität in der Einrichtung***

*I: Ich habe ein paar Fragen zur Pflegequalität hier im Haus. Woran machen sie Qualität in der Pflege und Betreuung fest?*

Frau L: Ja Qualität ist erstens mal, wie wir mit dem Bewohner auch umgehen, dass wir in einem ruhigen Ton auch mit ihnen sprechen und die AEDL's die bei ihm gerade nötig sind durchführen oder Mithilfe eben, das man eben auch die Mittel dazu hat, gerade wie bei

der Intimpflege mit den Pflegetüchern und so, das das auch ein angenehmes Arbeiten ist, vom hygienischen her, nicht wie man es oft hat, in der Häuslichen, wo es teilweise viel fehlt, also das finde ich schon schön. Damit kann man auch qualitätsmäßig ganz gut arbeiten.

*I: Was macht den für sie eine gute Pflege und Betreuung aus?*

Frau L: Gute Pflege macht für mich aus, dass ich auch zufrieden mit meiner Arbeit sein kann und auch der Bewohner zufrieden ist und sich wohl fühlt im Wohnbereich, das ist eigentlich für mich eine gute Pflege.

*I: Und was tun sie um das zu erreichen?*

Frau L: Einen freundlichen Umgangston und auch auf die Bedürfnisse der Heimbewohner eingehen, also wenn sie ein Problem haben, auch mal Zeit nehmen für ein Gespräch.

### ***Fragen zur Qualitätsentwicklung: Entwicklungen, Veränderungen und Ereignisse durch das Qualitätsmanagement***

*I: Was hat denn sich konkret in der Pflege und Betreuung geändert seit Sommer letzten Jahres?*

Frau L: Geändert? Ich würde sagen, in der Pflege hat sich ja nicht groß verändert, das einzige was ich ein bisschen negativ finde für die Pflege, ist für uns schwierig aber noch schwieriger für die Heimbewohner, der Wechsel des Personals. Viele Heimbewohner kommen sehr schlecht damit zu recht, das es ständig viele junge Leute sind oder auch was so an Schwestern gewechselt wird, das ist eigentlich nicht gerade schön für die Bewohner, weil die haben Mühe sich an jemanden zu gewöhnen und dann kommen immer wieder andere. Manche die sehr dement sind die merken es nichts so, aber gerade die so noch halbwegs sind, die haben schon ganz schön Probleme und die bringen das auch oftmals rüber. Schon wieder jemand Neues und wer ist den das schon wieder, das ist eigentlich manchmal nicht so schön.

*I: Wer ist denn da jetzt so gewechselt?*

Frau L: Wir haben erstmal die 1 € - Jobber haben wir ja viel, deswegen, die wechseln ja auch oft, die sind ja meist auch nur einviertel Jahr oder ein halbes oder die auf 165 € Basis das wechselt und wir haben auch Pflegehelfer und Altenpfleger und Schwestern die auch gewechselt werden, eben gehen mussten, dafür andere eben wieder einstellen mussten und das ist eigentlich schwierig für die Bewohner.

*I: Und wie, und was entgegnen sie dem Bewohner, wenn solche Meinungen kommen?*

Frau L: Ich sag auch, es sind eben wieder andere Leute da und die sind uns vom Arbeitsamt und die sind froh das sie wieder eine Arbeit haben und das sie hier integriert werden und wir müssen damit auch, für uns ist es auch teilweise schwer sag ich dann, dadurch das wir uns immer wieder auf neue Leute einzustellen haben, aber ich sag es ist nun mal in der heutigen Zeit so damit. Und da müssen wir damit umgehen können und das man das auch lernt, wir können es nicht ändern. Aber das wollen die älteren Leute eben nicht so war haben, weil sie es auch nicht gewöhnt sind auch von früher her. Da wusste man, hat jahrelang sein Arbeitsplatz, so ungefähr von Lehre bis Ende und das ist nun leider nicht mehr so und da haben manche schon ganz schöne Probleme damit.

*I: Was hat denn sich in der Beziehung zum Bewohner geändert seit Sommer letzten Jahres?*

Frau L: Also ich finde wir haben weiterhin eine gute Beziehung zu einander, ich könnte nicht sagen das jemand jetzt negativ oder was sagt und das sich was verschlechtert oder so eigentlich finde ich es gut und finde es auch schön die Ergotherapie, die Frau M. macht das super, also da gehen sie sehr gern runter. Da kommen sie gut klar.

*I: Und wie ist denn so die Beziehung zwischen Ihnen und dem Bewohner?*

Frau L: Eigentlich gut. Ich habe ein gutes Verhältnis mit den Bewohnern. Ich komme eigentlich mit allen klar. Hab keine Probleme.

*I: Wie äußert sich das?*

Frau L: Ja das ist ein entgegenkommen, „ach das ist aber schön das sie wieder da sind“ oder „ach gut das du wieder da bist Mädels“ oder so auf die Art. Ich habe da ein gutes Verhältnis, und kein Probleme.

*I: Was hat denn sich konkret in der Pflege und Betreuungsqualität seit Sommer letztem Jahr geändert?*

Frau L: Wir haben ja diese Bezugspflege und das haben wir ja noch ein bisschen mehr ausgebaut und ich finde das läuft eigentlich ganz gut, wenn man seine 6 Personen hat, wo man sagt dort muss auch in Pflegedokumentation dort einiges, dort schreibt man manchmal doch ein bisschen mehr rein als bei jemand anderen, man beschäftigt sich auch mehr mit der Anamnese und anderen Sachen so, ich finde das ist schon nicht schlecht, wenn da jeder so seine Bezugsleute hat.

*I: Anfangs lief das aber nicht so?*

Frau L: Das ist dann erst angelaufen, wir hatten das auch schon und das ist aber erst mit der Zeit so richtig angelaufen.

*I: Und was machen sie da, in der Bezugspflege so in der Arbeit?*

Frau L: Wir sind sozusagen für 6 Personen zuständig, damit wir die Pflegedokumentation machen, wir sind da auch verantwortlich, wenn jetzt andere im Dienst sind, das wir dann nachschauen, das dann auch alles da ist und das da nichts vernachlässigt wird, das wir das dann weitergeben oder dann auch von den anderen wieder Rückmeldung kriegen, wenn wir im frei waren oder so. Da war dies oder das, da musste mal wieder mal was gucken oder wieder mal was nachtragen. So und von Herrn T. wird das ja auch immer wieder kontrolliert und dann kriegen wir dann die Zettel, wo wir dann ausfüllen müssen, wo wir dann wieder nachschauen müssen und das läuft eigentlich ganz gut.

*I: Worauf ist das zurückzuführen das das jetzt mit der Bezugspflege so läuft?*

Frau L: Ja, am Anfang mussten wir uns ja auch erst einmal alle finden, das war ja auch schwierig und da hatten wir für die Sachen auch noch nicht ganz so im Vordergrund, aber jetzt ist das eigentlich, das das im Vordergrund mit steht und das da jeder darauf bedacht ist, das das dann klappt.

*I: Also das wird quasi auch von der Leitung mehr...*

Frau L: Das wird dann auch kontrolliert, das das dann auch o. k. ist und wenn das nicht ist, dann wird ein Zettel ran gehangen an den Mitarbeiter, das mir wegen das nachschauen oder das oder wenn Probleme sind hier, dann meldet euch ganz einfach mal.

*I: Wird das gut angenommen von den Mitarbeitern?*

Frau L: Ich denke schon, dass da jeder damit ganz gut klar kommt.

*I: Beschreiben sie besondere Veränderungen oder Ereignisse an denen sie beteiligt sind oder waren die im letztem Zeitraum passiert sind?*

Frau L: Wie jetzt die Dokumentation oder wie?

*I: Allgemein so im Haus in der Organisation oder auf den Bewohner bezogen oder Mitarbeiterbezogen, was ist da in der letzten Zeit passiert an Projekten oder Ereignissen?*

Frau L: Nu da ist eigentlich nichts, es ist eigentlich wie es immer so ist, was wir an Festlichkeiten haben oder so Kirche so das ist eigentlich das was immer eigentlich läuft. Und das ist ja dann immer an der Tafel angeschrieben, das die Bewohner auch informiert sind und das wird dann im Nachtdienst immer angeschrieben und dann wissen wir auch, was wann ist und das kann man dann vorlesen und das ist dann eigentlich immer für die ganze Woche vorgeben.

*I: Gibt es Situationen oder Ereignisse die mit dem Qualitätszirkel oder dem Qualitätsmanagement zu tun haben? Von dem sie gehört haben? Oder beteiligt sind?*

Frau L: Ja, nein da bin ich nicht beteiligt. Die sitzen dann zusammen und wenn dann wieder was Neues ist, das wird dann durch eine Info mit wieder an alle Mitarbeiter weitergegeben.

*I: Aber konkret haben sie nichts damit zu tun?*

Frau L: Nein.

*I: Also ich weiß, das zum Beispiel das hier eine elektronische Pflegedokumentation eingeführt wird.*

Frau L: Ja, das ist jetzt am anlaufen und ich war jetzt zur ersten Schulung nicht dabei weil ich Nachtdienst hatte.

*I: Und mit der Apotheke ist ja auch was passiert?*

Frau L: Ja, von den Ärzten wird es nicht so gut angenommen, weil die setzten ja für den ganzen Monat die Medizin und dadurch muss ja auch viel verschrieben werden, ich weiß es nicht, selber habe ich jetzt nicht so den Einblick aber ich sage mir mal weswegen, wenn jetzt bei einem Bewohner durch eine OP oder durch irgendwas jetzt ein Medikament geändert wird und er hat vielleicht jetzt gerade erst das neue, dann verfällt ein Haufen Medikamente oder durch einen Todesfall und es ist ja eigentlich bezahlt wurden, das ist dann schon irgendwie nicht gerade so günstig. Gerade in den heutigen Zeiten, weil es so teuer ist und wenn jetzt meint wegen am Anfang den ganzen Monat bezahlt haben ihre Medikamente und dann wird es geändert und dann brauchen sie das nicht mehr und die werden ja dann auch nicht so einfach zurück genommen. Das ist nicht

so günstig, weil die werden ja in Schachteln für den ganzen Monat gesetzt und ich weiß nicht, ob das nun unbedingt so günstig ist?

*I: Und die Tabletten die werden dann wieder raussortiert oder was passiert dann?*

Frau L: Wenn jetzt meinetwegen eine Änderung ist, dann, wenn es eine Langzeitänderung ist, dann muss die Apotheke das alles so raussortieren und ansonsten wenn es nur für ein – zwei Tage ist, das sich da schnell was geändert hat das da, gesetzt wurde, dann macht's die Schwester die im Dienst ist. Oder wenn mal kurzzeitig mal was zum nachsetzen ist, dann wird das geändert dann muss und da Muss unten nachgeschaut werden, aber im Großen und Ganzen macht's die Apotheke, damit haben wir fast gar nichts mehr zu tun.

*I: Ist das eine Arbeitserleichterung?*

Frau L: Ja ich habe ja nicht gesetzt, da ich Pflegehilfskraft bin, aber für die Schwestern die im Nachtdienst setzten mussten, denke ich schon das das ein bisschen eine Erleichterung ist. Auf dem anderen Gebiet wieder, man kennt die Medikamente dann nicht mehr so gut, man weiß nicht mehr wie sie aussehen wenn man sie setzt, für mich ist es ja nun nicht gerade so gewesen aber wenn man, gerade die Schwestern die wussten genau das ist die und die Tablette aber wenn man es nicht mehr setzt dann tagtäglich, dann fällt es einen schwer, wenn wirklich was ist und rennt runter und sucht durch sämtliche Schachteln, welche Tablette es ist, das ist manchmal ein bisschen aufwändig. Ich würde sagen es hat zwei Seiten.

*I: Was denken sie über die Zeit, die da eingespart wird? Wird da Zeit eingespart oder ist das nicht so auffällig?*

Frau L: Nun ja ich sage, für das setzen ist es schon allerhand Zeit was die Schwestern gebraucht haben dafür also dafür kann man sich mehr um die Dokumentation eigentlich auch in der Nacht mal kümmern, wo man am Tage wirklich wenig dazu kommt und da kann man in der Nacht mal mehr nachgucken oder was vorschreiben und so das ist schon nicht schlecht!

*I: Und warum wurde das überhaupt eingeführt?*

Frau L: Das weiß ich nicht. Warum das durch die Leitung jetzt geändert wurde?

*I: O. K. Das waren eigentlich schon meine Fragen. Ich danke Ihnen dass sie sich die Zeit genommen haben. Haben sie jetzt Feierabend?*

Frau L: Ja ich habe jetzt Feierabend.

*I: Dann wünsche ich ihnen noch einen schönen Feierabend.*



**Interview Nr. 12: I (Interviewer), Herr Z (interviewter Bewohner)*****Biographische Angaben***

*I: Sie sind Herr Z ein Bewohner hier im Altenpflegeheim. Ich muss noch mal nach dem Alter fragen. Wie alt sind sie noch mal?*

Herr Z: 52.

*I: Und wie lange wohnen Sie schon hier?*

Herr Z: Über ein Jahr.

*I: Und warum sind sie hier eingezogen?*

Herr Z: Nu, ich hatte im Krankenhaus gelegen, ich hatte damals hier einen Hirnschlag. Teilweise Lähmung eingetreten und das hat sich so langsam wieder ins positive ausgeschlagen. So das ich, das wieder meine Gliedmaßen, die Beine zumindest, den linken Arm konnte ich ja, aber der ist wieder voll einsatzfähig und der Rest daran arbeite ich, das das auch wieder ins Normale übergeht.

***Fragen zu Situationen und Verhaltensweisen von Personen an denen Qualität sichtbar wird: Beschreibung positiver critical Incidents***

*I: Können sie sich an eine Situation aus dem Alltag erinnern in der sie gut gepflegt und betreut wurden?*

Herr Z: Also ich persönlich, ich sag's so, ich bin mit dem wie ich untergebracht bin, zufrieden, sehr zufrieden.

*I: Gibt es irgendeine Person die immer besonders nett zu ihnen ist oder?*

Herr Z: Ich würde sagen der eine gibt sich mehr Mühe, der andere weniger, das ist gleich bleibend.

*I: Woran sehen sie das?*

Herr Z: Nu, das sehe ich wie sie sich geben. So nicht im äußerlichen, aber in ihrer Stimmungslage wie sie eben sind. Offen für jedes Wort, für auch jede Kritik, Kritik in Anführungsstricheln, sein sollte, offen und wird auch abgestellt. Wenn was ist.

*I: Und Personen die dann eben nicht so offen sind? Wie merken sie das?*

Herr Z: Nu, das merkt man schon an ihrem ganzen, wie sie auf das Gespräch eingehen und wie sie darauf reagieren. Das sie das nicht gleich abstellen können ist logisch, aber das sie es eben zur Kenntnis nehmen und sich bemühen das das eben nachgeforscht wird, warum, weshalb. Es kann ja auch manchmal am Heimbewohner liegen von ihrer Warte aus, das man einen gemeinsamen Konsens findet.

***Beschreibung negativer critical Incidents***

*I: Können Sie sich an eine Situation erinnern in der Sie schlecht gepflegt oder betreut wurden?*

Herr Z: Ich bin mit der Pflege hier rundum, sei es mit allem von Anton bis Zylinder, sage ich mal zufrieden. Es gibt nicht schlechtes, gibt nicht überdurchschnittliches. Es ist so wie man sich das vorstellt.

*I: Also ist eigentlich jeden Tag eine gute Pflege oder gibt es auch mal Situationen die mal schwierig sind oder wo es Probleme gibt mit Pflegekräften?*

Herr Z: Also ich persönlich mache meine Pflege überwiegend so selber bis auf und wenn ich Hilfe brauche dann wird ordentlich gefragt und das wird mir dann auch zu Teil. Ich habe keine Probleme damit. Ich meine ich sehe bei ihm hier, bei meinem Zimmerkollegen, der braucht auch sehr viel Hilfe und Unterstützung und die ist sehr gut und da gibt's nichts Negatives zu sagen dazu.

*I: Woran erkennen sie dass die Pflege für ihren Zimmerkollegen gut ist?*

Herr Z: Nun, wenn er mitmacht und auf die betreffenden Pfleger eingeht der eine ist mal mehr das andere Mal weniger aber es ist rundum zufrieden stellend.

### ***Fragen zur Qualität in der Einrichtung: Einschätzung der Pflegequalität in der Einrichtung***

*I: Was ist ihnen in der Pflege und Betreuung wichtig, das die Pflegekräfte machen?*

Herr Z: Das wichtigste ist das sie auf jeden, wie auf mich individuell eingehen. Das eben, wenn ich eben mal sage ich möchte das heute eben so machen zum Beispiel, Hilfestellung, sei es beim Bettenmachen oder sonst was sind manchmal Kleinigkeiten, wenn mal was umzuschlagen ist oder so das wird gesagt und das wird auch abgestellt. Da gibt's nichts Negatives zu sagen.

*I: Ja, und was macht eine gute Pflege und Betreuung für sie aus?*

Herr Z: Das ich mich als Heimbewohner rundum zufrieden fühle und das ist der Fall hier. Das ist der Fall.

*I: Und was muss eine Pflegekraft machen damit sie sich zufrieden fühlen?*

Herr Z: Nun ja, das ist ganz einfach gesagt, man kann das nicht jeden Menschen von den Augen ablesen, aber man muss sagen eine gut Pflegekraft ist so, das sie eben auch fragt: ist noch was zu machen oder mal nach fragt: ist das noch oder haben sie noch einen Wunsch und das wird mir zu Teil im positiven Sinne.

*I: Was hat den sich geändert konkret in der Pflege und Betreuung seit Sommer letzten Jahres?*

Herr Z: Da hat sich im Großen und Ganzen weder zum negativen noch zum positiven, also zum positiven ist die Tendenz, dass sie intensiver auf die Menschen eingehen.

*I: Woran merken sie das?*

Herr Z: Ja, das merkt man, man kann ja mal mit etwas nicht zufrieden sein oder sonst was und die sagen: Entschuldigung das ist mir jetzt gar nicht aufgefallen, das war Betriebsblindheit, das gibt's ja in jedem Beruf und das wird dann abgestellt. Jedenfalls sind die Pflegekräfte, die hier am Wirken sind, die sind gleich bleibend in ihrer Art und Weise und machen ihrer Arbeit auch sehr positiv.

*I: Können sie eine Situation beschreiben, wo einer Pflegekraft etwas nicht aufgefallen ist und sie sich entschuldigt hat?*

Herr Z: Nein, da fällt mir momentan nichts ein und das sind dann immer Kleinigkeiten die mir als Heimbewohner passieren können und das ist nichts Außergewöhnliches. Negativ

kann ich gar nichts sagen und positiv ist, das sie eben von alleine sehen das was runter gefallen ist bzw. können wir mal ihren Blumen Wasser geben etc., etc. das wird gemacht!

*I: Was hat den sich in ihrer Beziehung zu den Pflegekräften geändert seit dem Sommer letzten Jahres?*

Herr Z: Also da hat sich von der Sache her nichts weiter geändert, wir haben ein offenes Verhältnis mit einander und ich akzeptiere ihre Arbeit, die akzeptieren meinen Zustand wie sie mich vorfinden und das ist gut und da gibt's nichts negatives zu sagen dazu, das ist o. k.

***Fragen zur Qualitätsentwicklung: Entwicklungen, Veränderungen und Ereignisse durch das Qualitätsmanagement***

*I: Was hat sich in der Pflege und Betreuungsqualität geändert seit dem Sommer letzten Jahres?*

Herr Z: In der Qualität, die Qualität ist gleich bleibend geblieben also es ist o. k. die Qualität und so von der Sache her. Das Pflegepersonal hier sagen das die sich untereinander austauschen was einfacher gemacht werden kann, wenn sein sollte und wo man eben manchmal ein bisschen mehr machen müsste, was bei uns beiden hier im Zimmer nicht der Fall ist aber sie sind für jede Kritik und für jeden Hinweis dankbar und das wird auch akzeptiert.

*I: Das heißt, sie geben auch mal Hinweise was sie anders machen könnten oder abstellen sollten?*

Herr Z: Das sind Kleinigkeiten, wo man manchmal sagen kann zum Beispiel, wenn die Reinigungskräfte den WC-Trakt säubern und das sie es dann eben genauso wieder hinstellen, wie sie es vorgefunden haben. Und das wird auch gemacht anstandslos. Da gibt's keine Probleme. Manchmal ist es aus Unwissenheit, aber nicht irgendwie um einen zu provozieren oder sonst was. Das ist nicht der Fall. Es kann ja mal passieren dass es nicht dort wieder steht, wo es gestanden hat, aber das nehmen sie offen und ehrlich entgegen und das wird dann auch gemacht. Das kann passieren und das ist ja auch nicht überwiegend problematisch, man kann damit leben und das ist o. k.

*I: Können Sie besondere Entwicklungen oder Projekte beschreiben von denen sie gehört haben oder in die sie einbezogen wurden als Bewohner, die hier passiert sind im Haus?*

Herr Z: Also, wie gesagt ich bin ja im Heimbeirat hier drinne und da wird ja über dieses und jenes gesprochen. Es werden zum Beispiel, wird über die Qualität der Küche gesprochen oder sonst was. Da werden die Fachkräfte die in der Küche tätig sind mit heran gezogen. Die nehmen das offen auf, es gibt keine großen Probleme und dann kriegt man auch eine ordentliche Antwort darüber, das man sagen kann das ist machbar, das ist nicht machbar. Das ist o. k. Die sind auch für jeden Hinweis dankbar. Und so im großen und ganzen ob das das Küchenpersonal ist oder hier der Service hier oben, also die Schwestern die hier oben tätig sind, die geben sich sehr große Mühe und die gehen auch auf jeden Menschen individuell ein. Das ist o. k.

*I: Ich meine zum Beispiel Projekte die den Arbeitsablauf der Pflegekräfte oder ihren Tagesablauf betreffen?*

Herr Z: Wie gesagt der Ablauf im Haus der ist sehr gut durchorganisiert und da gibt es keine Probleme, das Pflegepersonal weiß zum Beispiel wenn irgendwelche Therapiemaßnahmen anstehen, wie bei mir mit der Physiotherapie oder sonst was, vorneweg wird mir die Möglichkeit eingeräumt, das ich genug Zeit habe zum Frühstück zum Beispiel und das wird individuell gelöst.

*I: Haben sie mitbekommen, dass Pflegekräfte entlassen wurden oder dass Personal gewechselt hat?*

Herr Z: Och, das kriegt man mit. Warum, weshalb ist mir persönlich nicht bekannt, aber es wird wohl sehr viel darauf auch von der Leitung her geachtet das die Qualität von dem Personal so gemacht wird, wie man sich vorstellen kann und sollte, das ist o. k.

*I: Bekommen sie mit, wie das Verhältnis der Mitarbeiter untereinander im Team ist, weil ja auch 1-Euro-Jobber oder Personal auf 165 € Basis mitarbeitet?*

Herr Z: Also was das Team da habe ich keinen, das kann ich nicht beurteilen wie die untereinander auskommen. Wie gesagt ob das nun ein 1 € Jobber ist oder auf 165 € Basis oder sonst was also die Leute die eingesetzt sind die machen die Arbeit mit Qualität.

*I: Haben sie etwas mitbekommen, vom Medikamentenbestellsystem, das geändert wurde? Oder von der elektronischen Pflegeplanung die die Mitarbeiter jetzt machen?*

Herr Z: Direkt mitbekommen habe ich das nicht und ob das die Medikamenten Bestellung ist dass ist für mich, ich habe da keine Probleme damit, weil das das Pflegepersonal macht und dafür zuständig sind und da gibt's nichts negatives zu sagen. Die Medikamente sind da wie sie verordnet wurden sind durch den Hausarzt und die bekomme ich auch so und das ist o. k.

*I: Ich dachte solche Änderungen organisatorischer Art dringen vielleicht auch an die Bewohner durch?*

Herr Z: Das kriegt man so direkt nicht mit. Es wurde auch nicht direkt darauf hingewiesen das jetzt ein anderer Bestellrhythmus oder Vorbereitung der Medikamente wie das jetzt gemacht wird so wie das früher gelaufen ist läuft jetzt moderner, im Prinzip das ist gleich bleibend, da gibt es keine negativen Sachen zu erwähnen.

*I: O. K. das war's eigentlich schon fürs Gespräch. Ich danke ihnen.*

Herr Z: Keine Ursache.

**Interview Nr. 13: I (Interviewer), Herr V (interviewter Bewohner)**

***Biographische Angaben***

*I: Kann ich sie fragen, wie alt sie sind?*

Herr V: 86.

*I: Und wie lange wohnen sie schon hier im Heim?*

Herr V: Oh seit 15. Dezember 2003.

*I: Ah, eine genaue Angabe.*

Herr V: Ja, das weiß ich genau.

*I: Und warum sind sie hier eingezogen?*

Herr V: Ja ich konnte nicht mehr. Ich hatte Herzinfarkt gehabt, ich habe 4 Bypässe und da ging es nicht mehr. Ich war dem Sterben näher als wie dem Leben.

*I: Aber jetzt sind sie wieder gut auf?*

Herr V: Ich habe mich wieder ganz schön erholt, muss ich sagen.

*I: Das ist schön! Sie sehen auch gut aus.*

Herr V: Nu ja.

***Fragen zu Situationen und Verhaltensweisen von Personen an denen Qualität sichtbar wird: Beschreibung positiver critical Incidents***

*I: Ich habe eine Frage so zu dem Alltag hier im Haus. Können sie mir eine Situation beschreiben in der sie gut gepflegt wurden?*

Herr V: Was heißt gepflegt? Ich brauche das Wenigste. Wegen den Gummistrümpfe anziehen, das ist ja keine Pflege in dem Sinne. Ich brauche die wenigste Pflege.

*I: Und bei der Betreuung, wenn hier mal Ausfahrten oder so was, zum Beispiel gestaltet werden, sind sie damit dabei?*

Herr V: Ich bin kein Freund im fahren im Sommer mit dem Auto, aber das Auto ist mir zu klein, ich kriege zu wenig Luft. Nu, mit einem Bus wird nicht gefahren. Das ist wohl ein 6-Mannauto oder so ähnlich.

*I: Und so im Alltag, wenn sie die Strümpfe angezogen bekommen, wie verhalten sich da die Pflegekräfte zu Ihnen?*

Herr V: Das ist in Ordnung.

*I: Was machen die so?*

Herr V: Nu, die Gummistrümpfe anziehen und abends wieder ausziehen, Füße waschen eben alles was dazu gehört.

*I: Und wie läuft das ab?*

Herr V: Nu, die kommen früh. Entweder ich klinge oder die wissen ja schon wann ich auf bin.

*I: Und dann kommen die zu ihnen, sagen Guten Morgen...?*

Herr V: Ja, ja das sowieso. Mitunter unterhalten wir uns mal wegen dem Wetter oder, oder.... Ne Was eben gerade so ein bisschen anliegt.

*I: Was denken sie warum die Pflegekräfte das machen?*

Herr V: Nu, die haben da Anweisung dazu, ne sonst wären es ja keine Pflegekräfte.

*I: Und was denken sie warum die sich mit ihnen unterhalten?*

Herr V: Na ja, ich würde mal denken mit allen kann man sich nicht so unterhalten, denn manche sind ja verdammt mit dem Geist weit, weit zurück. Ich mein ich will noch nichts sagen, ich bin froh, toi, toi toi. Das man mit dem Geist noch klar ist. Aber das ist so, es sind viele so: „Kommen sie mal her, kommen sie mal her“ und das geht laufend bei der, furchtbar.

*I: Und dann ist es mal gut, wenn die mit ihnen reden können oder?*

Herr V: Nun ja freilich. Ich meine mehr oder weniger, man hat mal mehr Zutrauen zu der einen Schwester oder zu der anderen. Es kommt immer drauf an aus welcher Ecke die kommen, will ich mal so sagen.

*I: Was bedeutet dass aus welcher Ecke die kommen?*

Herr V: Nun manche sind näher hier in unser Gebiet beheimatet oder wohnen da. Andere sind wieder weiter weg. Das ist je nachdem. Das Alter spielt eine Rolle.

*I: Das heißt mit Leuten die aus der Nähe sind, da kommen sie eher ins Gespräch?*

Herr V: Ja weil, muss ich sagen die mehr oder weniger mit dem ganzen Umfeld hier mehr verwachsen sind.

*I: Und mit dem Alter wie soll ich das verstehen?*

Herr V: Nun da sind welche dabei die sind heute nur 20 oder 22 Jahre. Nun ja die bilden sich noch ein sie sind was Besseres.

*I: Aha.*

Herr V: Ja, ja, ja, ja.

*I: Woran merken sie das?*

Herr V: Das gibt's.

*I: Woran merken sie das?*

Herr V: Die Nase hoch (lacht). Ja, ja. Nicht alle, aber es gibt welche.

*I: Und wie verhalten die sich dann ihnen gegenüber?*

Herr V: Na ja, die tun so als ob das nicht unbedingt sein muss, wenn sie mal was machen müssen.

*I: Und wie reagieren sie dann?*

Herr V: Na ja wenn es mir täte passieren täte, würde ich sagen gehen sie und holen sie eine andre, da kenne ich keine Partei.

*I: Also es kommt auch bei ihnen vor, die so sind?*

Herr V: Nun freilich, manche bilden sich ein, als ob sie was Besseres wären. Na das sind solche jungen Anfänger. Na ja, aus der Schule und nun nichts weiter gelernt oder was, ich meine es ist schön wenn die Jugend nachzieht, den die Leute, die Altenpfleger gehen ja weg und da muss die Jugend mal nachhelfen. Aber, na ja die müssen mir eben auch so ein bisschen mit erziehen. (-lacht-).

***Beschreibung negativer critical Incidents***

*I: Gibt es eine Situation in der sie schlecht betreut oder gepflegt wurden?*

Herr V: Nein, nein also ich kann nicht klagen. Ich kann bei den anderen, so weit ich es sehe auch nicht klagen.

*I: Oder so eine Situation die ihnen nicht so besonders gefallen hat mit Pflegekräften wo etwas nicht so gut abgelaufen ist?*

Herr V: Ach, manche möchten ja gleich eine Pflegerin für sich behalten, gibt's hier ja auch, aber so ich könnte nicht klagen, dass wir schlecht behandelt werden.

*I: Sie selbst auch nicht?*

Herr V: Nein, ich nicht!

*I: Und warum denken sie, machen das die Bewohner, dass die eine Pflegekraft für sich haben wollen?*

Herr V: Bitte?

*I: Warum denken sie, machen das die Bewohner, dass die eine Pflegekraft für sich haben wollen?*

Herr V: Ja, ich weiß da manchmal nicht was ich denken soll, ob die nicht mehr ganz geistig da sind. Was ich bald annehme. Gerade die eine die ist eine Lehrerin gewesen, also das ist furchtbar. Da darf nicht eine Schwester blicken lassen und sofort hat sie ein Anliegen. Nun ich meine gut, ich sehe es ein, sie hatte einen Schlaganfall gehabt, und ist Rollstuhlfahrer, aber ich weiß auch nicht.

*I: Und wie gehen sie damit um wenn sie sehen, das sich um andere viel gekümmert wird?*

Herr V: Na ja ich darf ja überhaupt keinen anderen irgendwie transportieren oder so im Rollstuhl, ich darf ganz wenig heben. Auf Grund meiner Herzoperation.

*I: Ich meine wie empfinden sie das, wenn die Pflegekräfte sich mehr um die anderen kümmern?*

Herr V: Na ja ich mache mir meine eigenen Gedanken und sage mir, lasse machen, solange ich es nicht brauche bin ich ja froh darüber.

*I: Und was ist, wenn sie es brauchen würden?*

Herr V: Nun da würde ich mich auch wenden an die Pfleger, das ist klar?

***Fragen zur Qualität in der Einrichtung: Einschätzung der Pflegequalität in der Einrichtung***

*I: Was ist Ihnen in der Pflege und Betreuung wichtig hier im Haus?*

Herr V: Tja, was heißt wichtig? Wenn man klingelt, müssen sie kommen, ich meine klar, soviel Kräfte haben wir ja nicht vor allem Nachmittags nicht, da sind ja bloß zwei Mann und es sind ja ein paar in 60 Leute hier im Haus. Nu, da können sie ja auch nicht überall sein, das muss man ein bisschen warten.

*I: Kommt das oft vor, dass sie warten müssen?*

Herr V: Nun ja, vor allem abends, wenn sie so die einzelnen in die Betten transportieren, denn manche sind ja unbeholfen.

*I: Dann müssen sie auch mal länger warten?*

Herr V: Nu freilich das nützt ja nichts, da mache ich mir den Fernseher an, gucke ob sie wieder was zu essen kochen.

*I: Sie gucken gern Kochsendungen?*

Herr V: Na ja freilich, aber ich will mal sagen, das was die dort kochen, kann man vergessen.

*I: Und die Pflegekräfte kommen dann von alleine zu Ihnen?*

Herr V: Ja ja, wenn ich geklingelt habe, kommen sie dann auch. Oder so wenn mal was anderes ist kommen sie auch.

*I: Was macht eine gute Pflege und Betreuung aus?*

Herr V: Ja na, was soll ich denn da antworten? (Kurze Pause)

*I: Was muss gemacht werden, um eine gute Pflege zu leisten? Was denken sie?*

Herr V: Ja wie soll ich den das jetzt mal ausdrücken, eine gute Pflege ist, wenn man wirklich seine Wünsche erfüllt kriegt, das kann man so sagen. Natürlich keine unmöglichen Wünsche kann man nicht haben, das geht nicht, das ist unmöglich hier aber, doch wenn einer einen Wunsch hat, das wird schon gemacht.

*I: Was ist das zum Beispiel, haben sie auch mal einen Wunsch?*

Herr V: Nun ich habe immer mit dem Stuhlgang Probleme und das muss ich doch mal einen zweiten Schnaps nehmen oder man muss mir ein Abführtee kochen, ja das wird gemacht. Nun das nützt ja nichts. Ich habe ja gleich einen Topf hier stehen, ich habe hier einen Abführtee.

*I: Also ihre Wünsche werden erfüllt?*

Herr V: Wird erfüllt, das kann ich nicht anders sagen.

*I: Und bei anderen, sehen sie dass so, ob bei anderen Wünsche erfüllt werden, wenn jemand mal einen Wunsch hat?*

Herr V: Also ich würde sagen, es wird überall erfüllt, würde ich sagen. Ich meine man ist ja nicht überall dabei, aber ich würde schon sagen es wird erfüllt.



*I: Und was sind das so für Sachen, um die sich die Pflegekräfte dann bemühen?*

Herr V: Gerade wie heute Mittag wieder beim Essen, na die eine Frau wollt dann nicht diese, na die Kartoffelpuffer haben, da hat sie Eintopf verlangt und dann auf einmal fällt ihr ein, das Eintopf nicht das Richtige ist, da wollte sie Grieß haben. Nu das wird eben auch gemacht. Wurde weggenommen und auf einmal stand der Grieß da. Ich meine was will man da machen.

*I: Denken sie das die Bewohner manchmal zuviel verlangen von den Pflegekräften?*

Herr V: Hach.

*I: Oder ist es eher umgedreht?*

Herr V: Ich weiß auch manchmal nicht, ich meine wir haben schon jemanden so, wie gesagt, die eine Pflegerin für sich braucht oder zwei sind es, ne. Unbeholfen und sind noch nicht mal so alt.

*I: Was heißt unbeholfen?*

Herr V: Nu die können kaum laufen, machen mit so einem Bock, so einem Rollbock, nur ich weiß nicht, was ich manchmal denken soll. (kurze Pause) Tja, die Menschen sind verschieden.

*I: Was hat den sich konkret geändert in der Pflege und Betreuung seit Sommer letzten Jahres, haben sie da eine Änderung hier im Haus feststellen können?*

Herr V: Nein würde ich nicht sagen. (Kurze Pause)

*I: Hat sich in der Beziehung zu den Pflegekräften was geändert seit Sommer letzten Jahres?*

Herr V: Nein, wie gesagt ein paar Junge sind gekommen nun, denn es sind ja welche abgegangen von den Älteren, sind Rentner geworden, aber so man hat manchmal mit manchen so einen schönen Spaß, gibt es auch.

*I: Über was wird da so gespaßt?*

Herr V: Nu eine die ist hier aus dem Erzgebirge oben und manchmal fängt sie ein Liedel an zu singen, herrlich ist das, ne.

*I: Was hat den sich in der Pflegequalität geändert seit Sommer letzten Jahres oder in der Betreuungsqualität?*

Herr V: Also ich wüsste nicht, was ich da antworten sollte. Die Betreuung war an für sich immer da, kann ich nicht anders sagen. Das ist nach wie vor dasselbe. Also da hat sich nichts verändert, getan, denn was wollen wir denn weiter verlangen?

### ***Fragen zur Qualitätsentwicklung: Entwicklungen, Veränderungen und Ereignisse durch das Qualitätsmanagement***

*I: Beschreiben sie besondere Entwicklungen, Veränderungen hier im Haus an denen sie als Bewohner beteiligt waren?*

Herr V: Nein, kann ich auch nicht sagen. Ne ich meine, gut als Mann, wenn sie singen machen unten und so weiter, das ist Frauensache. Ich kann nicht singen, also gehe ich gar nicht hin.

*I: Und gab es sonst Feste?*

Herr V: Sommerfest ist immer.

*I: Und da sind sie auch mit dabei?*

Herr V: Ja. Und da werden auch die Angehörigen mit eingeladen und da geht das hier draußen um die ganze Ecke rum, machen sie Modenschau und lauter solches Zeug, Musikkapelle dabei.

*I: Bekommen Sie was mit, haben sie etwas davon gehört das die Pflegekräfte am Computer jetzt ihre Pflegedokumentation schreiben müssen?*

Herr V: Das geht jetzt gerade los, den Lehrgang habe ich jetzt gerade gesehen, vorige Woche haben sie wohl angefangen damit.

*I: Und warum denken sie, müssen die das machen? Wissen sie was darüber?*

Herr V: Da habe ich keine Ahnung. Es ist ja heute das Moderne, denn ich weiß zum Beispiel als im Krankenhaus war, musste ich ja eine Drüsenoperation machen, weil der Arzt, der die Operation sollte vornehmen, hatte erst in der Herzklinik angerufen bzw. über die Computer ist das gegangen, was der dort wohl erfahren hat, das weiß ich nicht. Ich nehme an, es wird wahrscheinlich mit der Narkose zusammengehangen haben, denn dann nach dem das klar war, kamen sie und haben mir eine Narkose verpasst und die Operation durchgeführt.

*I: Und das hat was mit Computern zu tun oder?*

Herr V: Nu, nu das geht über die Computer, die Anfrage.

*I: Haben sie etwas mit bekommen, das hier im Haus das Medikamentensystem geändert wurde?*

Herr V: Also irgendwas mit die Medikamente, die kommen wohl jetzt von S. oder wie das ist? Ich weiß das nicht so genau.

*I: Bekommen sie solche Veränderungen, die jetzt die Organisation im Haus betreffen oder die Mitarbeiter betreffen, bekommen sie das als Bewohner mit?*

Herr V: Ach ja was heißt betreffen? Organisatorisch, das weiß man immer nicht ganz genau, mich interessiert manchmal die Nachtschicht, wer die Nachtschicht macht, das interessiert mich manchmal, aber das kriegt man auch nicht immer alles mit.

*I: Und warum kriegen sie so etwas nicht mit?*

Herr V: Na ja wir haben ja keine Aushänge, wer Nachtschicht macht, das hat man ja nicht.

*I: Und auch sonst Aushänge oder Angaben was so geändert wird im Haus gibt es so was?*

Herr V: Die Arbeitspläne hängen aus, Essenplan und Arbeitsplan hängt aus, welche Veranstaltungen sind und so weiter. Heute ist die Fußpflege wieder da. Das finde ich ja gut. Also das muss ich sagen toi, toi, toi. Aller vier bis sechs Wochen Fußpflege.

*I: Würden sie mehr wissen wollen über solche Dinge, die im Haus passieren?*

Herr V: Na ja andererseits, wir merken das dann sowieso, wenn im Haus was Besonderes ist.

*I: Aber vorher Bescheid wissen möchten sie nicht unbedingt?*

Herr V: Das interessiert mich praktisch gar nicht groß.

*I: Was interessiert sie so, was müssten sie wissen, über was möchten sie Bescheid wissen?*

Herr V: Wie gesagt mich interessiert eigentlich nichts, außer was es zu essen gibt und was für Veranstaltungen sind, das möchte ich gerne wissen und das hängt aus.

*I: O. k. Ich danke ihnen herzlich für das Gespräch. Danke, dass sie sich die Zeit genommen haben.*

Herr V: Na ja.

**Interview Nr. 14: I (Interviewer), Frau S (interviewte Mitarbeiterin)*****Fragen zu Situationen und Verhaltensweisen von Personen an denen Qualität sichtbar wird: Beschreibung positiver critical Incidents***

*I: Zunächst habe ich ein paar Fragen zum Alltag im Heim. Können sie mir eine Situation beschreiben die besonders gut lief, die in den letzten Tagen passiert ist zwischen Ihnen und einem Bewohner?*

Frau S: Die Bewohner sind eigentlich, wenn wir sie aus dem Bett holen, dann freuen sie sich, das sie raus können wieder, ich mein die sind mittags schon wieder, freuen sie sich, das sie ins Bett können, dann können sie wieder raus das ist ja schon für die eine Erleichterung, wenn da jemand kommt und die sind auch dankbar, so. Da gibt es eigentlich keine Probleme.

*I: Und wie verhalten sie sich da in so einer Situation, wenn sie da rein kommen und die Bewohner aus dem Bett holen?*

Frau S: Wie soll ich mich da verhalten? Freundlich!

*I: Und was sagen sie da zu den Bewohnern?*

Frau S: Ja meist sind sie ja schon munter und dann sage ich, also den Namen und das ich sie aus dem Bett hole und das wir Kaffeetrinken jetzt gehen. Da sind die einverstanden, wenn es dann Kaffee und Kuchen gibt wieder.

*I: Und wieso oder auf was ist das zurückzuführen das sie sich so verhalten?*

Frau S: Das ist normal. Ich weiß ja nicht wie andere rein gehen? Ich bin so.

*I: Und was ist das Ergebnis von so einer Situation, wenn sie die Bewohner dann begrüßt haben?*

Frau S: Na ja, wenn man freundlich mit ihnen umgeht sind die ja dann auch dem entsprechend freundlich als wenn man da die Türe auf rupft „jetzt geht's raus“ und das ist eine ganz andere Reaktion.

*I: Wird das auch gemacht?*

Frau S: Nein, das macht jetzt keiner, aber ich meine bloß.

***Beschreibung negativer critical Incidents***

*I: Gibt es eine Situation die eher schwierig oder belastend war in der Pflege an die sie sich erinnern können mit einem Bewohner?*

Frau S: Nun ja zurzeit haben wir ja, die klingelt aller paar Minuten und also der kann man eigentlich kaum was recht machen. Hat man sie raus aus dem Bett, will sie wieder ins Bett, sitzt sie auf dem Bett, will sie die Beine hoch. So geht das dann in einer Tour. Klar ist man dann irgendwann mal genervt, man ist ja immer noch freundlich aber, wenn die dann, wir haben ja auch noch andere Heimbewohner nicht bloß eine. Das ist wenn man in der Nacht dann arbeitet und man ist alleine auf dem Gang und die trotzdem ständig klingelt.

*I: Wie verhalten sie sich dann in so einer Situation, wenn die klingelt?*

Frau S: Man geht hin hilft ihr, man sagt aber das noch andere Heimbewohner sind es klingelt ja auch wo anders noch einmal, das hört sie auch und ich sage, sehen sie es klingelt wo anders, ich muss jetzt wo anders hingehen.

*I: Und sieht die Bewohnerin das dann ein?*

Frau S: Manchmal, manchmal nicht.

*I: Und wenn sie es nicht einsieht, was machen sie dann?*

Frau S: Beruhigend auf sie einreden und dann sagen man kommt dann noch mal wieder man guckt dann noch mal nach ihr, dann ist das eigentlich o. k. für die Bewohnerin.

*I: Und warum verhalten sie sich so in dieser Situation?*

Frau S: Das ist doch normal, das man da noch einmal hinget, klar hat man auch andere Arbeit noch, aber das ist nun mal so, das weiß man ja schon vornweg, wenn man in der Altenpflege anfängt, das das dazu gehört.

*I: Und was ist das dann für ein Ergebnis der Situation, wenn die Bewohnerin mehrmals klingelt?*

Frau S: Nun ja, die ist beruhigt. Die weiß das jemand da ist im Haus. Wir sind zwar manchmal geschafft. Das bleibt nicht aus.

*I: Wie gehen sie eigentlich mit diesem „geschafft sein“ um?*

Frau S: Nein das nicht. Man ist halt dann Früh mehr geschafft als sonst. Was dann, sagen wir, wenn man dann mal zu Hause ist, mehr kaputt. Man schläft schneller ein.

***Fragen zur Qualität in der Einrichtung: Einschätzung der Pflegequalität in der Einrichtung***

*I: Jetzt habe ich ein paar Fragen zur Pflegequalität hier in der Einrichtung. Woran machen sie Qualität in der Pflege und Betreuung fest?*

Frau S: (kurze Pause) Na ja gerade mit der Qualität, wie wenn hier jemand, gerade wie wenn die Wundschwester kommt, das man dann bei einer Bewohnerin die immer die Beine gewickelt bekommt, ein Dekubitus ist das ja nicht, das ist dann mehr gerötet, das man da öfter dann mal guckt. Aller 2 Tage wird der Verband dort gewechselt, dass man das auch einhält.

*I: Und in der Betreuung?*

Frau S: In der Betreuung na ja, das man sich auch mal Zeit nimmt mit den Leuten zu reden oder mal ein Lied singt, die sind dafür auch sehr ansprechbar. Das machen wir auch wenn wir Zeit haben.

*I: Machen sie das dann während der Pflege einfach ein Lied singen oder werden da alle zusammengeholt?*

Frau S: Meistens ist das im Speiseraum, wenn die dann alle nach dem Kaffeetrinken, da sind sie ja meist alle vorn, wenn man da mal paar Minuten Zeit hat, da singen sie eigentlich gerne mit.

*I: Und was macht eine gute Pflege und Betreuung aus?*

Frau S: Na das man auf die Bewohner eingeht, denen ihren Wünschen und Bedürfnissen nachkommt.

*I: Was sind das so für Wünsche und Bedürfnisse der Bewohner?*

Frau S: Wenn jetzt, ich meine wenn jetzt jemand auf Toilette will und man würde sagen „nein wir gehen jetzt nicht, erst in fünf Stunden“ das wäre ja das ganze Gegenteil. Nein, da geht man schon, das machen wir schon. Das gehört dazu.

*I: Und gibt es auch mal ausgefallene Wünsche von den Bewohnern?*

Frau S: Na ja früher hatten wir mal jemand, der wollte irgendwie Schnitzel oder so was. Man kann zwar fragen, aber in der Küche war dann abends auch niemand mehr da, also man kann fragen, aber wenn es eben dann nicht geht, man kann dann darauf hinweisen, das die Angehörigen vielleicht so was mal mitbringen, wenn sie halt Appetit auf so etwas mal haben. Oder wenn die kommen das sie dann eben in die Gaststätte mal gehen. Wir können ja auch nicht in die Küche rein und können das braten, die Zeit hat man dann eigentlich auch nicht.

*I: Gibt es dann abends ein warmes Angebot für die Bewohner?*

Frau S: Ja die kriegen meist Suppe oder manchmal bekommen sie auch warme Würstchen oder Rührei das ist mit. Suppe gibt es eigentlich immer, dann auch Salat und Schnitteln, Tee.

*I: Haben sie zwischendurch die Möglichkeit, etwas zuzubereiten oder gibt's da jemand der das macht?*

Frau S: Die kriegen ja Nachmittag ihr Kaffeetrinken und Getränke sind ja da die können sie immer kriegen rund um die Uhr, das ist kein Problem, wer eben jetzt mal in der Nacht mal Hunger hat das haben wir auch schon gemacht, da haben wir eben eine Schnitte geschmiert und gegeben, also da ist kein Problem, wenn mal in der Nacht jemand Hunger hat, das ist eben bloß mit dem braten das geht dann nicht.

*I: Das Servicepersonal ist dann auch nachts nicht da oder?*

Frau S: Nein, die machen die kommen glaube ich um vier bis um sieben oder um acht so in der Drehe sind die da.

*I: Also da müssten sie das dann auch zubereiten?*

Frau Petzold: Nun ja.

*I: Was hat den sich konkret verändert in der Pflege und Betreuung seit Sommer letzten Jahres?*

Frau S: Das weiß ich jetzt so auf Anhieb. Das wird so, es wird sich schon einiges verändert haben, das man vielleicht intensiver auf die Leute dann eingeht.

*I: Woran erkennen sie, dass sie intensiver auf die Leute eingehen?*

Frau S: Nun ja gerade bei der Wundschwester, das wüsste ich jetzt auch nicht, was ich da sagen sollte.

*I: Es hat sich geändert, dass sie jetzt intensiver auf die Bewohner eingehen.*

Frau S: Na ja, das haben wir damals auch gemacht, also das will nicht unterstellen, das das nicht so ist gewesen, aber nun klar mit der Zeit, die Wundschwester die kommt jetzt, na ja die kam damals auch schon öfter, aber man lernt sie ja auch besser kennen.

*I: Und was hat sich in der Beziehung zum Bewohner geändert seit Sommer letzten Jahres?*

Frau S: Das man sie länger kennt und auf die Bedürfnisse eingehen kann. Ich meine je besser man die Leute kennt desto günstiger ist es ja.

*I: Warum ist das so günstiger dann?*

Frau S: Na da weiß man da ja, was sie für Krankheiten haben und wie sie es gemacht haben wollen und eben so den Alltag lernt man da besser kennen.

*I: Was hat den sich in der Pflege und Betreuungsqualität geändert seit dem letzten Jahr?*

Frau S: (kurze Pause) Na ja geändert. Ich würde sagen Pflege machen wir ja immer wieder, jeden Tag, das muss ja sein und Betreuung das wird das selbe, das selbe kann man nicht sagen, das wird sich nicht viel geändert haben. Das wird ja immer weiter so gehen. Ich meine, der eine wird dann mehr betreut, weil er vielleicht eine andere Pflegestufe bekommt, wie die Pflegestufe eins bisher, die nicht soviel Pflege benötigten.

*I: Und wie läuft das ab mit dieser Pflegestufe? Also der Bewohner hat die Pflegestufe eins und dann die Pflegestufe zwei?*

Frau S: Nein die wird beantragt. Also wenn man denkt dass die Leute für eine Pflegestufe zwei vielleicht in Frage kommen, beantragt das der Wohnbereichsleiter oder der Herr J.

*I: Und der Bewohner wird dann anders betreut als in der Pflegestufe eins?*

Frau S: Na ja der ist ja, da ist ja dann mehr Zeit dafür eingegeben, und da kann man dann ja auch mehr machen mit den Leuten.

*I: Wird das dann auch gemacht?*

Frau S: Also wir machen so wieso bei manchen wesentlich mehr als was die Pflegestufe ist.

*I: Und da machen sie ja eigentlich bei dem Bewohner zuviel, wenn ich das mal so sagen darf?*

Frau S: Ja aber, das Thema hatten wir jetzt auch gerade, also nicht das man sich darüber aufregt, aber die Angehörigen sind ja dann so: Ja sie bezahlen ja Geld und wir können ja machen, aber das die Pflegestufe nur für das und das da ist. Ich meine wenn die klingeln, nun klar gehen wir da hinter und lassen die nicht klingeln, da geht eine hinter, das macht keiner. Aber so ist es eben.

*I: Und ist die Zeit dann wo anders knapper?*

Frau S: Na ja sagen wir nun ja wir haben ja auch Pause, die ist für uns dann knapper, ja. Es kann passieren, dass wir manchmal gar keine Pause machen können. Kann passieren, wenn das so ist.

***Fragen zur Qualitätsentwicklung: Entwicklungen, Veränderungen und Ereignisse durch das Qualitätsmanagement***

*I: Beschreiben sie besondere Veränderungen oder Ereignisse hier im Haus an denen Sie beteiligt waren und die auf das Qualitätsmanagement zurückgeführt werden können?*

Frau S: (kurze Pause)

*I: Oder Projekte, Sachen von denen sie gehört haben, wenn sie nicht selbst beteiligt waren?*

Frau S: Letztes Jahr hatten sie hier Sommerfest gemacht, da konnte ich aber nicht daran teilnehmen. (kurze Pause) Das wäre sehr schön gewesen und hätten sie ja mit Modenschau für die Leute gemacht und das eine Jahr also, das erste Jahr waren wir ja mit dabei, da musste ich arbeiten, da war ein Zauberer war da, da war ein bisschen Musik für die Leute, Kuchen da war alles hier unten im Foyer gemacht wurden, da war man auch mit dabei bei den Leuten ein bisschen, mit dazu setzen mal einen Moment.

*I: Haben sie von Projekten gehört, elektronische Pflegedokumentation beispielsweise*

Frau S: Meinen sie jetzt Computer?

*I: Ja.*

Frau S: Ja gehört schon.

*I: Waren sie auch mit daran beteiligt.*

Frau S: Nein, ich hatte da Nachtdienst.

*I: Was denken sie warum wird so was gemacht? Oder warum wird das eingeführt hier im Haus?*

Frau S: Vielleicht ist es günstiger am Computer?

*I: In wiefern?*

Frau S: Na ja ich meine es kann, es bekommt ja jeder dann ein Passwort, das dann nur derjenige in sein Passwort reingehen kann, das da kein anderer was manipulieren kann.

*I: Kommt das sonst vor wenn sie das mit der Hand machen?*

Frau S: Nein, also das ist bei uns noch nicht vorgekommen, ich weiß nicht aber es könnte vielleicht. Ich weiß es nicht aber.

*I: Und was haben die anderen Kollegen gemacht als das eingeführt wurde? Das Programm oder die Schulung statt fand?*

Frau S: Die haben ja daran teilgenommen die meisten, wer nicht gerade krank war oder Dienst hatte, also die waren ja dann früh da oder Nachmittag, aber die waren dabei.

*I: Und haben sie von diesem Apothekenwechsel etwas mitbekommen?*

Frau S: Ja.

*I: Warum wurde das gemacht? Was wurde da genau gemacht?*

Frau S: Na ja. Das mit der Apotheke, sonst haben wir ja in der Nacht gesetzt die Medikamente, ich meine für uns ist das ja immer viel Zeit, wenn man die ganzen Medikamente auf einer Station erst setzt und den anderen Tag auf der anderen Station und wenn dann



mal was passiert mit irgend jemanden, dann mit einem Heimbewohner in der Nacht, dann kommt man da nicht dazu, da muss das sozusagen den anderen Tag machen, es wird dann alles so raus geschoben dann, also es ist schon günstiger so wie es jetzt ist, das die Apotheke das setzt und wir holen uns die Medikamente hoch. Da hat man mehr Zeit für die Leute abends.

*I: Ist das wirklich merklich mehr Zeit, die dann bleibt?*

Frau S: Na ja wenn wir in der Nacht, das wird ja meistens in der Nacht gemacht da haben wir die gesetzt, also 2 Stunden oder 2 ½ Stunden hat man gebraucht für eine Etage. Man musste ja früh, Mittag, Abend und die Nacht setzen für jeden Bewohner und das, man musste richtig auf passen, dann hat man ja die Medikamente, manchmal stehen 200 mg drauf und kriegt bloß 100 mg, das man da bloß ½ rein tut. Ja und da musste man das auch alles wieder ins Buch einschreiben, also wenn die zur Neige gehen die Medikamente, das da immer wieder Nachschub da war. Möchte auch nicht zuviel da sein, also das wäre ja dann auch nicht so gut.

*I: Und die Zeit, die da jetzt bleibt und die jetzt übrig ist, was machen sie dann noch in der Zeit?*

Frau S: Na ja, da ist ja wie gesagt, zur Zeit haben wir ja die eine Heimbewohnerin die sorgt schon dafür das wir nicht viel Zeit haben. Die klingelt dann kräftig. Aber nun ja das ist nun mal so.

*I: O. k. gut das war es schon. Ich danke ihnen dass sie sich die Zeit genommen haben.*

Frau S: Bitte.

**Interview Nr. 15: Interviewer, Frau I (interviewte Mitarbeiterin)*****Fragen zu Situationen und Verhaltensweisen von Personen an denen Qualität sichtbar wird: Beschreibung positiver critical Incidents***

*I: Zunächst habe ich ein paar Fragen zum Arbeitsalltag. Können sie mir eine konkrete Situation aus der Pflege oder im Umgang mit Mitarbeitern beschreiben. Eine Situation in der etwas gut zwischen Bewohner und Mitarbeiter oder zwischen mehreren Mitarbeitern geklappt hat?*

Frau I: Eine gute Situation?

*I: Eine die ihnen positiv aufgefallen ist beispielsweise?*

Frau I: (Pause) Frau Schiller, weiß ich keine.

***Beschreibung negativer critical Incidents***

*I: Vielleicht fällt ihnen ja eher eine negative Situation in der Pflege ein?*

Frau I: (Kurze Pause) Nein, ich weiß das letzte Mal habe ich gesagt, da ging es um Türen auf lassen. Das ist wirklich nicht mehr mir aufgefallen, also wenn ich durch das Haus gehe oder so, nein wirklich nicht, also kann ich nicht sagen. Das war auch so das einzige (kurze Pause) Auch eine gute jetzt, der Umgang mit Bewohnern jedes Mal fällt mir das auf, also ein richtig guter Umgang, also es gibt sich jeder Mitarbeiter ... auch beide Wohnbereiche kann ich jetzt nicht anders sagen, liebevoll und auch mal streicheln oder, nein auch negativ jetzt wirklich nicht. Ich habe nichts zu kritisieren, wo man hätte reindonnern müssen oder man hätte hinterher noch einmal ein Gespräch oder irgendwas, nein.

*I: Und worauf führen sie das zurück das solche Situationen nicht mehr aufgetreten sind wie mit offenen Türen beispielsweise?*

Frau I: Durch ihre Einschätzung.

*I: Ach so? Aha?*

Frau I: Also wir haben das ausgewertet, also es war so ein bisschen entschärft will ich mal sagen, weil man konnte es ja praktisch nicht so sagen, dann achtet bitte und es ist aufgefallen oder so was oder so in der Art haben wir das ein bisschen zumindest in der Leitungssitzung und das wurde dann ein bisschen an die WBL auch noch ein bisschen abgeflacht übergebracht. Wirklich ich könnte nichts mehr sagen was, wo ich wirklich jetzt richtig Bedarf gehabt hätte zu sagen oder ne so geht das nicht, nein da fällt mir wirklich nichts ein, wirklich nicht.

*I: Wie wurde das aufgenommen von den Wohnbereichsleitern?*

Frau I: Positiv auch, also wir haben einfach nur gesagt achtet mal drauf, ich meine wir machen ja ab und zu das wir mal machen, achtet auf den Umgangston und es wird nicht geduzt oder die Schüler jetzt, wir siezen die Schüler oder zum Beispiel und wenn nun mal einem ein du rausrutscht weil sie nun jung sind, weil die Situation so ist, dann sagen wir ganz einfach hier passt einmal auf. Demnach ein bisschen Distanz muss sein und nein.

*I: Wobei mir war das nicht aufgefallen?*

Frau I: Aber auch solche Sachen wo man dann immer auch nachhaken, das machen wir dann zwar nicht so, das also so geht es nicht, man sagt dann wirklich nur passt auf, achtet drauf und sagt es den Mitarbeitern und, nein ich weiß nichts. Mir würde auch

wirklich jetzt auf ein Wort, aber ich hätte jetzt wirklich keinen Bedarf mehr das letzte viertel, halbe Jahr wirklich nichts.

*I: Gut. Nein für sie ist es ja positiv.*

Frau I: Ich würde es sagen, aber ich habe wirklich nichts wo ich jetzt sagen würde wo, nein gar nicht, wirklich nicht.

***Fragen zur Qualität in der Einrichtung: Einschätzung der Pflegequalität in der Einrichtung***

*I: Dann habe ich so ein paar Fragen zur Qualität, zur Pflegequalität. Woran machen sie Qualität in der Pflege und Betreuung fest?*

Frau I: Nun wieder, also an der Zufriedenheit der Bewohner, am pflegerischen Zustand, also wenn die Leute wirklich ordentlich versorgt sind, das die sich wohl fühlen, das wir wirklich alles tun was für den Zustand in dem sich der Bewohner befindet, das da wirklich alle Maßnahmen alle pflegerischen auch jetzt die betreuerischen das alles gemacht wird, das jeder eingebunden wird, auch jeder Bescheid weiß, jeder in seiner Funktion irgendwo hilft den Bewohner zu integrieren und einfach ein würdevolles zu Hause zu ermöglichen.

*I: Und wie erreichen sie das?*

Frau I: Na ja in den ganzen Maßnahmen die wir haben im Prinzip. Das geht ja los bei der Pflegeplanung, auch die Bezugspflege ist ja ganz wichtig finde ich, das es ein eingeschränkter Personenkreis ist der sich immer so ausführlich oder für den Bewohner eben zu ständig fühlt oder ist. Nun ja und dann eben durch unsere ganzen Qualitätsmaßnahmen die wir haben, also das geht los mit den Standards, nach denen man arbeitet und die Pflegevisiten die durchgeführt werden wo sofort dann reagiert werden kann wenn irgendwas am pflegerischen Zustand nicht in Ordnung ist. Also und das wird auch wirklich gemacht, also da, und dadurch ist einfach die Pflegequalität so hoch, denke ich mal. Wir haben eine gute, eine sehr gute denke ich und das wir eben reagieren, wenn sie jetzt zum Beispiel sagen, das ist nicht in Ordnung oder irgendwo Kritikpunkte wären, das nehmen wir schon ernst, also.

*I: Was würden sie sagen hat sich konkret in der Pflege und Betreuung geändert seit Sommer letzten Jahres?*

Frau I: Na ja, ich denke, erstmal finde ich sind die Teams mehr zusammengewachsen, wir hatten noch einmal einen Wechsel mit der 1 zum Beispiel, die stellvertretende Wohnbereichsleiterin nachbesetzt und da ist die Frau X, dort hin und seit dem ist dort wirklich ein, ja super Team ist dort entstanden, muss ich sagen, die unterstützt die Y. so, das die Y. entlastet wird, das war vorher wirklich nicht, da war immer ein bisschen Zoff, also erstmal Personell ist es durch die Veränderung ist es wirklich ruhiger geworden und auch strukturierter.

*I: Was ist den da strukturierter?*

Frau I: Die Frau X die hat zum Beispiel, jetzt gerade die Computerschulungssache ist für mich ein Beispiel wo vorher, riesengroß oh Gott, Hilfe, Schlimm und ja und die ist so jemand ruhiges ausgeglichenes, die super mit dem Computer kann und die hat dort wirklich so ein paar Ängste genommen. Also was ich so immer mitgekriegt habe eigentlich und auch so bisschen der treibende Motor. Die R. hatte fürchterliche Angst gehabt, das

weiß ich auch und da haben wir immer, wir haben auch vom Haus angeboten, wir haben immer jeden Mittwoch die Computer in der Ergo zu Verfügung gestellt, da konnten sie üben. Das war eigentlich von uns noch mal so ein Angebot, wer wirklich unsicher ist oder wirklich Angst hat. Das wurde auch richtig genutzt. Es waren zwar jetzt nicht viele da, aber jeden Mittwoch waren immer ein paar. Und ja die Frau X ist so ein ruhender Pohl dort oben, das ist wirklich wohltuend für den Wohnbereich dort, das hat sich ganz sehr verändert. Das ist ein richtig tolles Team richtig miteinander, nicht mehr so ein Theater wegen Kleinigkeiten, es gibt ja nun, man reibt sich auf im Alltag über Bewohner die wirklich auch furchtbar anstrengend sind, gerade auf der 1 auch, da, die können das so wieder, sich dann na ja, die können das jetzt einordnen und finden auch Mittel und reden dann eben drüber und auch das zu uns runter kommen. Das, wir gestern zum Beispiel über die Frau Z. die so sehr anstrengend ist, wo wir dann gesagt haben einheitlich nein, ich kann sie im Moment nicht, wenn sie immer in der Minute das 15. mal ist wo sie klingelt, ich muss jetzt, ich habe Arbeit jetzt, ich muss jetzt gehen und das haben wir auch gesagt, das ist der Schutz der Mitarbeiter, da unterstützen wir die eben auch, das kann die wirklich sagen und muss keine Angst haben um die Arbeit, das sie hier irgendwelche Leistungen nicht bringt oder unfreundlich oder wirklich bloß die Klingel ausdrückt, also ich denke auch durch die Sicherheit wissen die Mitarbeiter auch, ja die Leitung steht dahinter und wir wissen auch wie es denen geht, oben den Mitarbeitern. Das wir wirklich nicht sagen, nu also so geht es nicht und das dürfen sie nicht, aber ich weiß nicht ob das vielleicht auch ein Mittel ist? Sicher, also dass sie sich unterstützt fühlen und verstanden fühlen vielleicht auch und ich glaube das haben wir vorher auch gemacht, muss ich mal sagen, also das kann ich jetzt nicht vom letzten halben Jahr, man hat immer versucht hier, ja die Mitarbeiter zu schützen auch, aber die sind jetzt auch untereinander wirklich so das sie, auch auf der 2, da haben wir auch eine neue Mitarbeiterin und die soll dann mal die Stellvertretung auch übernehmen und da ist auch ein bisschen, das hat sich schon sehr viel verbessert, doch, denke ich. Und dann eben ja, die Kritik noch mal, das muss ich eben wirklich sagen oder ihr Protokoll also wie, es ist mir nicht mehr aufgefallen. Vielleicht habe ich es nicht gesehen oder so aber ich finde wirklich, dass der Umgang, dass wirklich die Türen geschlossen werden, das richtig bewusst auch die Intimsphäre gewahrt wird. Also ich habe wirklich keine einzige offene Tür mehr wo mal schnell Windelwechsel und mal schnell auf den Gang raus, nein, wirklich nicht. Nein.

*I: Dann habe ich ja was Gutes erreicht.*

Frau I: Ja, und ich finde das auch so super, weil dass sieht man wirklich nicht mehr. Also wenn man vorbeigeht, ja gut sagst mal dann was aber, mit dem baden und mit dem ja, das man wirklich einfach mal wieder guckt, mein Gott wie gehst du denn mit den Leuten um. Nein.

*I: Was denken sie hat sich konkret in der Beziehung zu den Bewohnern geändert seit Sommer letzten Jahres?*

Frau I: (kurze Pause) Na ja, dadurch das wir kaum einen Wechsel drinnen hatten, also wir hatten wirklich Ende Februar eine Sterbephase mal durch eine Grippewelle wo wir wirklich 5 Bewohner verstorben waren. Und dadurch hatten wir überhaupt keinen Wechsel. Und das macht natürlich auch viel. Wenn man wirklich dieselben Bewohner über einen ganz langen Zeitraum, über ein halbes Jahr hat und da kann man die auch anders

begleiten. Das, ich denke wir haben ja, ich denke schon die Beziehungen sind intensiver geworden oder man kann Verhaltensweisen der Bewohner jetzt ganz anders über so einen langen Zeitraum auch, viel besser verstehen und umgehen damit oder auch einordnen auch jetzt. Also Herr R. zum Beispiel, den haben wir nun langsam integriert, das war ja nun schwierig am Anfang.

*I: Was war denn da so schwierig?*

Frau I: Weil der braucht erst mal seinen Platz, er wusste überhaupt nicht, er ist ja nun überhaupt nicht pflegebedürftig in dem Sinne, geistig behindert und gehört eigentlich in ein ja Behindertenwohnheim. Und ist aber hier mit Pflegestufe eingestuft worden, das er eben Hilfe benötigt, aber ist noch ein relativ junger Mensch. Der ist, weiß ich nicht, 50 und den hier zu integrieren das er praktisch eine Dementenbetreuung, Gedächtnistraining, so was braucht der nicht, da läuft er davon, das will der nicht. Der will arbeiten aber auch nicht zu viel. Also der will sich eben auch nicht binden und bis wir das mal begriffen hatten, wo hin, der hat auch ganz viel Unruhe gemacht und jetzt läuft er so mit, hat so seine Leute, im Service ist er immer viel mit dabei im Speiseraum, aber dann haut er auch wieder ab. Ein bisschen im Hof und dann.

*I: Warum denken sie, dass die Mitarbeiter jetzt die Verhaltensweisen besser oder anders einschätzen können, woran liegt das?*

Frau I: (kurze Pause) Na ja, vielleicht durch die lange Zeit ist das auch intensiver. Man macht ja eine Übergabe, man spricht ja über den Bewohner und es finden ja auch Ereignisse statt, wo man dann auch ein Bild kriegt. Also umfassender als wenn es wirklich bloß  $\frac{1}{4}$  Jahr ist. So nach einen halben, dreiviertel Jahr weiß man wirklich dann, welche Bedürfnisse oder wie kann man wirklich, das dauert denke ich wirklich so lange. Also das man dann wirklich so weiß, wer mit wem gut kann oder was jetzt wirklich gerade nicht geht oder wo man ihn nicht dazu nimmt, ja ich denke einfach durch das sprechen über den Bewohner und mit dem Bewohner, also die vielen gemeinsamen ja Veranstaltungen oder wenn hier Angebote sind, wo man dann auch sieht, na wie kommt es denn an? Nimmt er das wahr oder lehnt er es ab und dadurch kann man schon ganz anders mit dem Bewohner umgehen, finde ich. Also man geht anders drauf zu, gerade gemeinsame Erlebnisse, gerade Weihnachten, da weiß ich ganz genau wem es hier ganz schlecht ging und da weiß ich auch, die nächsten großen Feste, wenn jemand wirklich gar keinen Besuch kriegt, na ja da kann man das planen was man mit den Bewohnern macht. Das man da intensiv auch hingeht. Das war auch nicht möglich, also, nein ich weiß nicht, also das ist einfach der Zeitraum der spielt für mich eine riesen Rolle, weil dort kommen ganz viele Sachen oder ja die Bewohner kommen dann auch erst aus sich raus oder lassen dann auch mal vielleicht so eine Fassade fallen, die sie aufgebaut haben. Dann Qualizirkel, muss ich auch sagen. Ich kriege ja auch immer mit, das ja auch, ich meine dort wird an Vorgängen im Haus gearbeitet um alles in eine Struktur zu bringen oder eine Form und das das auch einheitlich gemacht wird, ja ich denke schon, das das alles in einander spielt, weiß ich nicht.

*I: Also denken sie auch, dass der Qualitätszirkel und das Qualitätsmanagement eine Auswirkung auf die Beziehungsqualität zum Bewohner hat?*

Frau I: Ja, weil es auf die Abläufe im Haus auch Transparenz oder auch wir, das wir auch eine Struktur einfach haben oder wirklich genau wissen, wie was und die Unsicherheit

wegfällt in verschiedenen Sachen, wie eben jetzt, was fällt mir jetzt ein, nichts gerade. (Pause) Nein, also ich sage mal so, das ist ein Instrument einfach das wirklich, was hilfreich ist, was einfach Sicherheit bringt und was in einem Kreis passiert wo nicht erst alle erst riesen Wellen schlagen sondern erst mal abgeklopft wird und wenn es richtig Spruchreif ist, rauskommt. Das ist einfach richtig und das ist auch gut. Das finde ich total gut und dass Mitarbeiter beteiligt sind die da auch ein bisschen das Interesse und das auch umsetzen können oder rüberbringen können.

***Fragen zur Qualitätsentwicklung: Entwicklungen, Veränderungen und Ereignisse durch das Qualitätsmanagement***

*I: Und können sie mir konkrete Veränderungen und Entwicklungen oder Ereignisse beschreiben, die in der letzten Zeit passiert sind und die man auf das Qualitätsmanagement zurückführen könnte?*

Frau I: Na ja, nein. Ein Ereignis ist zum Beispiel der Beschwerdebriefkasten. Wo wir ja, das dort keine Stifte dabei lagen, das muss ich mal sagen, das hatten sie damals irgendwie in Auswertung, da habe ich dann auch, na klar, also es wird niemand sich ein Blatt raus ziehen oder irgendwo wenn da nicht auch so aufbereitet ist das es greifbar ist. Das es einfach zu händeln ist und.

*I: Und diese Pflegedokumentation die jetzt eingeführt wird?*

Frau I: Was denn?

*I: Ist das auch so ein Projekt was mit Qualität zu tun haben könnte?*

Frau I: Ja klar. Na weil dort alles, ich denke schon das in der normalen Pflegeplanung wird das nie so ausführlich sein, das ist bestimmt auch viel zu viel in der EDV - Dokumentation, aber man vergisst bestimmt ein paar Sachen oder übersieht sie oder findet sie nicht so wichtig oder jetzt, weil dort wirklich alle möglichen Aktivitäten angefragt werden, ohne die, wenn du die nicht abarbeitest oder anklickst wenigstens, dann kommst du gar nicht weiter. Das finde ich total wichtig, das finde ich gut, weil, ja aber man muss sich eben beschäftigen damit. Das geht eben wirklich nicht unter. Man muss das auch an dem Bewohner oder bei den Bewohnern einfach überprüfen ob dort irgendeine Maßnahme nötig ist. Und bei der schriftlichen, jetzt Pflegeplanung, denke ich schon, konnte man na ja, man hat es bestimmt nicht so ausführlich oder man konnte auch ein paar Sachen vergessen. Deswegen sind die gut. Aber ich denke wirklich mit der EDV-gestützten das ist umfassend, dort geht auch kein Bereich unter, also wie jetzt die Ergo zum Beispiel oder die soziale Betreuung, das ist so ein bisschen, na ja dort wollte ich jetzt auch nichts mehr verändern, weil das läuft schon. Das geht auch so schon durchs MDK das kriegen wir schon durch, aber es reicht nicht aus. Also es ist viel mehr möglich. Also Küche zum Beispiel, es sind viel zu viel lange Informationswege noch durch die schriftliche jetzt auch die Übergabe oder diese Berichte. Eh die Früh jetzt was kriegen, ich meine ich gehe rum, ich frage aber das ist zeitaufwändig, mühselig als wenn ich jetzt Früh gleich wirklich den Computer anmache und habe gleich eine Mail drauf, hier ins Krankenhaus gestern Abend oder so, man erspart sich erst mal sofort, man hat sofort den Stand und das finde ich total wichtig. Auch die Datenübertragung jetzt vom Heimmanager zum Beispiel das ist gekoppelt mit dem Pflegemanager dann, da wenn die Pflegestufe durch ist, also nicht das es, haben wir auch schon mal vergessen hoch zumelden zum Beispiel das sind Übertragungswege die unnötig sind.

*I: Bleibt da eine Zeitersparnis?*

Frau I: Nein. Nein das wiegt sich auf, denke ich also die kurzen Wege die es dann sind für uns jetzt, haben dann aber die Pflegekräfte mehr, denke ich in der Dokumentation. Weil das wirklich aufwändiger ist. Also bei der Durchführungskontrolle bist du dort wirklich jeden Punkt abgehackt hast, angeklickt hast, verbrauchst du mehr Zeit als was jetzt, wie es jetzt unterschreiben bloß.

*I: Aber trotzdem wäre es eine Qualitätsverbesserung?*

Frau I: Ist, weil dort wirklich alle Bereich, du musst dort gucken den Zustand und du vergisst nichts und übersiehst nichts und hast dort ganz, ganz ausführlich den Bewohner dann beurteilt, alles beschrieben.

*I: Und dieser Apothekenwechsel ist ja auch so ein Ereignis was passiert ist, in wie fern wirkt sich das auf die Qualität aus?*

Frau I: Auf die Qualität erst mal, ja es passieren noch Fehler, das weiß ich auch, das finde ich normal, also wir haben im März die Apotheke gewechselt dadurch sind jetzt 2 Monate wo wir uns erst einmal finden mussten und ich weiß auch mit der Abrechnung, da läuft noch einiges schief, weil viele noch nicht ihre Einzugsermächtigung gegeben haben von den Bewohnern, aber ich finde es schon erstmal gut, wir als Haus haben ein Signal gesetzt, gerade an die Pflege muss ich sagen, weil das ist eine Verbesserung im Zeitmanagement einfach. Also in der Nacht war das so furchtbar anstrengend und aufwändig Medizin zusetzen, man war eigentlich blockiert im Dienstzimmer und war eigentlich auch gar nicht mehr für die Pflege da. Konntest auch nicht, man konnte kaum unterbrechen oder wenn man dann raus ist und irgendeine pflegerische Sache gemacht hat, dann wieder an die Medizin zu gehen und weiter zumachen. Und weil es einfach die Möglichkeit gab, das haben noch nicht so viele Heime. Also ich weiß eigentlich keines weiter die das machen. Das, ich weiß es nicht, wir haben das einfach so, ich finde das super. Gut, ich finde das wirklich gut, ich finde wir haben wirklich eine Zeitersparnis und eine Belastungersparnis und Erleichterung auch, weil es nicht nötig ist. Und wenn die Apotheke das gleich gut machen kann, dann, nein und zuverlässiger, die nehmen uns dann die Wege mit den Ärzten ab und kleine Sachen, es läuft zwar immer noch einiges ab über uns aber überhaupt nicht mehr der Umfang. Die Verwaltung ist entlastet. Nein es betrifft eigentlich alle Bereiche. Jetzt Verwaltung, wir haben den Trouble nicht mehr und die Pflege dieses aufwändige setzten nicht mehr und ich denke auch das es zuverlässiger ist, weil eben auch durch dieses weglaufen immer auch Fehler passiert sind, also ich finde es wesentlich besser.

*I: Die Zeit die übrig ist, wird die anders genutzt?*

Frau I: Für die Pflege. Also wir haben zwar ein paar Reinigungsarbeiten in der Nacht auch, also das schon auch, aber eigentlich wollten wir es machen auch damit dort wirklich auch gepflegt werden kann. Also einfach dem Bewohner zu Gute kommt. Weil es wirklich nicht nötig ist. Es ist wirklich nicht nötig. Oder es ist mehr Zeit zum dokumentieren oder für die eigentlichen Aufgaben.

*I: Fallen ihnen noch andere Ereignisse ein, die auf das Qualitätsmanagement zurück zu führen wären, die Veränderungen im Haus gebracht haben, organisatorischer, struktureller Art oder Mitarbeiter bezogen, Bewohner bezogen?*

Frau I: Na ja, ich weiß nur mit den ganzen Konzepten, ich glaube mit den Unterschriftenlisten, oder wir wollten doch mal alles auf ein einheitliches, Dienstanweisung oder so was, das ist vielleicht für die Bewohner nicht aber für uns einfach eine Strukturverbesserung, einfach weil, das ist nicht mehr Kraut und Rüben, sondern das ist ein einheitliches Bild und jeder weiß sofort, also wenn das in dem Raster kommt oder eine Dienstanweisung ist dann so, ja das ist zum Beispiel was, was mir jetzt. Das Qualitätshandbuch, also das muss ich auch sagen, also gut das war ja schon, aber das hat ja wirklich richtig Strukturen, das ist. Ansonsten fällt mir eigentlich nichts ein. (Pause) Apotheke ja, auch, also na ja gut, wo man dann schon überlegt Abläufe zu verbessern, na ja gut das will ich vielleicht jetzt nicht unbedingt also da haben wir hier auch schon alle miteinander überlegt.

*I: Abläufe verbessern durch die Apotheke, wie muss ich das verstehen?*

Frau I: Nein sie haben doch auch mal, haben sie nicht mal über die Apothekenbestellung und alles geredet im Qualizirkel?

*I: Ja.*

Frau I: Ich denke es ist wichtig, dass sich damit noch jemand befasst. Das auch Pfleger oder Leute die das nicht entscheiden, das aber einfach das beleuchtet wird und Vorschläge gemacht werden, das finde ich total wichtig, weil wir das nicht immer vom grünen Tisch bloß. Ich finde wirklich, das wir dann ein Instrument haben, wo ich weiß es machen sich noch andere Gedanken und aus einer anderen Sicht. Und diskutieren das wirklich mal richtig durch. Also machen wir auch aber wir vergessen auch was oder übersehen was, wie mit den Stiften, das ist so. Nein, nur weil sie gerade mit der Dokumentation, jetzt mit der Computergeschichte, also weil sie vorher bei den Mitarbeitern im letzten halben Jahr erstmal, mit dieser Einstellung zu den Computern, also durch die Frau X was ich vorhin gesagt habe, also das sich die Einstellung insgesamt geändert hat. Wir haben jetzt wirklich ein paar anstrengende Weiterbildungen gehabt, also das war wirklich und da waren wirklich alle Mitarbeiter da und das muss ich wirklich sagen, es war wirklich nicht leicht. Von früh um achte bis siebzehn Uhr und straff durch und es hat wirklich jeder bis zur letzten Minute gegessen. Und die haben auch wirklich mitgemacht, jeder also die haben zu dritt um einen Arbeitsplatz gegessen also ich auch, ich war auch mit drinnen. Es war wirklich konzentriert und die haben wirklich mitgemacht, haben wirklich sich bemüht also das muss ich sagen, das hätte ich auch nicht gedacht, das das so läuft und das auch die Einstellung. So die Küche zum Beispiel, die haben sich dort wirklich einen Wolf ge..., also die haben ein Büfett dort hingelegt, wo wir nur gesagt haben, macht mal was zu essen und vielleicht machen wir noch Mittagessen also die haben 20 Portionen mehr gekocht, die haben ein Kaffeetrinken gemacht für die Mitarbeiter und es war eine Frau M. mit anwesend, ich war mit, also wirklich alle Bereiche und die Einstellung, einfach dieses, die Motivation einfach dazu, das war gigantisch, das war wirklich, was ich nicht gedacht hätte vor einem halben Jahr. Dort hatte ich richtig Angst, wer weiß, oh Gott wie schaffen wir denn das? Da war wirklich echt ein Sprung drinnen.



*I: Warum hatten sie vor einem ½ Jahr gedacht, sie schaffen es nicht?*

Frau I: Weil, da wirklich Ängste da waren, weil rein wohnbereichsleitermäßig, die W. kann zwar ein bisschen mit dem Computer, die macht ja auch den Dienstplan aber die Y. hatte furchtbare Angst, dann gab es dort niemand weiter auf der Eins, also die hatte wirklich Ängste, das den Mitarbeitern, also wenn das im Frühjahr kommt um Gottes Willen es geht überhaupt nicht und wie viel Computer bekommen wir hier und die Arbeit und ich kann doch gar nicht und ich muss jetzt einen Kurs machen. Es war wirklich eine Unsicherheit ohne Ende. Es sind ja auch mehr Ältere, gerade jetzt auf der eins auch die Frau V. zum Beispiel, die auch Angst hatte und die saßen alle da und die hatten sich befasst damit und haben sich alle, auch von uns das wahrgenommen, diese Mittwochs und haben wirklich jedes Mal, die sind wirklich mitgegangen mit dieser Einleitung und wirklich auch immer das Bild gehabt was der gerade vorne erklärt hat, haben durchgeklickt, probiert, das war wirklich gewaltig, hätte ich nicht gedacht und wirklich bis 17 Uhr knallhart durchgezogen.

*I: Das ist passiert, weil die Frau X., die Mitarbeiter so auch ein bisschen eingeführt hat und weil sie auch Ängste genommen haben?*

Frau I: Ja, nein ich weiß es nicht, durch die Angebote, das wir gesagt haben wir stellen euch die Computer rein, ihr könnt probieren, die Frau X wird da sein, ich bin da, ich gehe aber auch wieder raus, ich gucke gar nicht was ihr macht, aber das ihr mit der Maus und das ihr ein Programm oder das ihr mal was schreibt und schließt, es wieder speichert mal das Ganze ab und ganz einfach die Handhabung, einfach der Grund, das man sich einfach durchklicken kann, das man weiß Wie funktioniert die Maus, was ist die rechte Maustaste? oder so was, das war wirklich das Angebot, was sie wirklich wahrgenommen haben. Da sind sie wirklich gekommen. Und die Frau X ist wirklich jemand die sicher ist und die da auch wirklich eine Riesen Aktie dran hat, das mit Sicherheit. Die wirklich gesagt hat „Kommt..., ach kommt“ das glaube ich.

*I: Und sind die Mitarbeiter jetzt geübter am Computer?*

Frau I: Was jetzt? Durch die Frau X.?

*I: Na, können die Mitarbeiter jetzt mehr am Computer arbeiten?*

Frau I: Nein, das können sie noch nicht, nein dort klemmt's noch weil, es war eigentlich die erste Schulung, dass man das aufrufen kann, dass man sich einloggt. Da klemmt es aber noch an Rechten. Man kann sich zwar einloggen, aber man kann nicht weiter, weil dort irgendein Recht noch nicht, weil dort kommt irgendeine Fehlermeldung und so.

*I: Hat sich was im Verhalten Der Mitarbeiter geändert, die haben sich ja nun was zugetraut und haben da geübt?*

Frau I: Ja ich denke schon. Das ist ein anderes so ein gemeinsames überwinden ja einer Angst. Also ich denke schon das ist so ein Team. Beide Wohnbereiche sind richtige Teams die wirklich miteinander Freud und Leid, oder wirklich durch diese Situation geht, das hätte ich nicht erwartet so mit dieser Geschlossenheit, das kann ich jetzt nicht sagen, die tragen sich gegenseitig, gerade auf der Eins durch die Frau X., die hat wirklich denen ganz viel Ängste genommen und die stehen jetzt wirklich zusammen, die saßen dort und haben gemeinsam dort probiert. Hätte ich nicht gedacht, wirklich nicht. Na ja gut,

manche sind ja auch wirklich ein bisschen zurück haltend und nicht wirklich so die Rotoren, also wenn man sagt Durchstarter, selbst die eine Frau T. auf der Zwei, selbst die, ich weiß ja nicht ob ich das jetzt sagen darf?

*I: Die Namen werden alle anonymisiert.*

Frau I: Das ist eine die immer bisschen blockt und mauert, da geht immer erst nichts, selbst die hat hinten bei X. am Computer, da saß ich auch mit dabei, selbst die hat die Maus in die Hand genommen und hat selbst probiert und gemacht. Wäre für mich nicht denkbar gewesen, ich habe immer gedacht die verkrümelt sich erstmal in eine Ecke und guckt erstmal und so. Jetzt weiß ich nicht ob es an dem Schulungsmenschen lag, aber es war einfach, also der hat das gut gemacht, das ist ein Älterer und der hat das Schritt für Schritt erklärt, aber das war auch von der Atmosphäre her richtig was, es hätte jeder aufstehen und gehen können und sagen können um fünf, ich kann nicht mehr. Und wir haben gesagt macht eine Pause, wenn es wirklich nicht mehr geht, das war wirklich so ein Guss und die waren so drinne und es war alles fertig bis zum Ende, am Ende sie konnten nicht mehr aber. Das war auch für mich ein totales Erlebnis, das muss ich sagen, richtig stark das hätte ich nicht gedacht, das alle das wollen und auch richtig lernen wollen und richtig begreifen, wollen das hätte ich nicht gedacht.

*I: O. k.*

Frau I: Das war eine Veränderung, ja, durch das gemeinsame.

*I: Vielen Dank für das Gespräch und dass sie sich die Zeit genommen haben.*

**Interview Nr. 16: I (Interviewer), Frau G (interviewte Mitarbeiterin)*****Fragen zu Situationen und Verhaltensweisen von Personen an denen Qualität sichtbar wird: Beschreibung positiver critical Incidents***

*I: Zunächst habe ich ein paar Fragen aus ihrem Arbeitsalltag. Welche typischen oder auffallenden Situationen aus dem Arbeitsalltag der letzten Zeit sind Ihnen in Erinnerung geblieben und können sie mir da eine Situation beschreiben wo etwas gut geklappt hat zwischen Ihnen und einem Bewohner?*

Frau G: (kurze Pause) Was könnte denn jetzt gleich mal ganz wichtig sein?

*I: Oder was Besonderes, was vorher nicht so war?*

Frau G: Ja. (kurze Pause) Erst mal durchgehen schnell. Also ja. (kurze Pause) Der ist weg. Aha. Zu Ostern hatten wir so einen Fall, es ging einer Patientin, also einem Heimbewohner nicht gut, sie hatte, es schleppte sich so hin, sie offenbarte sich nicht, weil sie ein bisschen so verschlossen ist und weil sie denkt sie macht zu viel Umstände, zuviel Arbeit na ja und da wurde es immer ein bisschen schlimmer und da habe ich so Brocken für Brocken von ihr raus gekriegt, was so in ihr steckt oder was wo der Schuh drückt. Und was sie für Schmerzen hat und das sind eigentlich solche Sachen, wenn die Leute sich nicht wollen offenbaren, weil sie Hemmungen haben oder was und wenn das so Stück für Stück das ein bisschen mit hintenrum und man von sich vielleicht noch erzählt, das man erfährt was den Leuten weh tut oder wo es eben was ist. Meistens sind das die Intimstellen, das es die Blase ist oder irgendwie dort unten rum und das ist eigentlich immer dann, wenn man dann diese Erfolge hat, das man zu den Leuten den Zugang findet nach kurzer Zeit. Nicht erst lange, denn meistens wenn sie dann irgend was haben, dann ist es meistens akut, das ist eigentlich immer dann das Schönste, das man dann schnell mal erfährt wo was ist, denn die sind meistens so verschlossen. Viele wollen eben nicht, manche wollen eben nicht das sie uns Arbeit machen, das sind aber wenige im Haus, die meisten, hat sich das so eingebürgert von meiner Seite aus gesehen, sie bezahlen und sie wollen, das ist ja auch richtig eigentlich, viele Leistungen haben, aber das die sich dabei Schaden, in dem das sie gar nichts mehr machen, eben, das alles einschläft, das alles weg geht, das alles verloren geht was mal da war, das sehen sie eben nicht ein. Und das eigentlich muss man immer den Leuten irgendwie wieder rüberbringen. Sie müssen irgendwas tun. Sonst, das geht eben dann zurück.

*I: Wie machen sie das, dass sie das den Leuten rüberbringen?*

Frau G: Also ich sage es. Ich sage eben einfach je nachdem was die Situation sich so gibt, sage ich eben klipp und klar sie müssen die Füße aufstellen sonst schlafen die Muskeln im Wadenbereich ein oder sie müssen das mal mit festhalten oder versuchen sie sich mal zu kämen, sonst geht dann gar nichts mehr, dann bleiben sie eines Tages liegen wo sie liegen, wenn man nicht was mit tut. Im Hinterstübchen bei mir sage ich auch immer ja, was wirst denn machen, wenn du mal keine Lust mehr hast, also wenn ich dann alt bin und ich dann keine Lust mehr habe oder wenn mir das jemand sagt, frage ich mich auch, aber es ist ja eigentlich die Wahrheit. Wenn ich überhaupt nicht mehr angeleitet werde und nur noch bedient werde, schläft alles ein. Und das ist ganz wichtig, ich habe das auch schon bei vielen erlebt, die vielleicht auch von der dementen Seite her, von der Gehirnseite nicht mehr wollten, einfach aus Bock, nein so mache ich es, ihr seit ja dafür da und habe bezahlt, und machen dann gar nichts mehr, liegen dann Jahrelang im Bett und können

nichts mehr tun, also das schläft alles ein. Da ist nicht mal mehr das sie eine Semmel halten können und das ist eigentlich immer so das man auch bestimmte Sachen, die Leute, die eben, die das jetzt wollen oder das du sie da hin gebracht hast, das sie eben noch ein bisschen was noch mit machen oder mal stehen oder mal 3 Schritte gehen bis an die Toilette, das sind eigentlich Erfolge, wo man sagt, oh das hat heute wieder gut geklappt. Heute ist sie wieder drauf eingestiegen, heute hat sie wieder 3 Schritte gemacht.

*I: Und warum haben sie so in der Situation gehandelt?*

Frau G: In was für einem Bezug jetzt? Ostern?

*I: Beispiel ja oder wenn sie die Bewohner animieren doch was zu tun?*

Frau G: Das ist eigentlich ein Nutzen der Leute, um so mehr sie sich gar nicht mehr betun umso hinfalliger werden sie, sie werden dann bettlägerig und es geht dann gar nichts mehr. Also der Aufwand vorne weg für das Animieren ist manchmal anstrengender als eine die liegt im Bett und macht gar nichts mehr und ich mache meine Tätigkeit, meine Arbeit dort, das ist manchmal einfacher, aber das bringt ja nichts. Denn wenn sie im Bett ist, da kommen dann einige Sachen dann doch wieder dazu, beim im Bett liegen.

*I: Und diese Ostersituation, war das genau dasselbe oder?*

Frau G: Nein, die Frau ist immer schon zwischendurch gelaufen, aber die fühlte sich eben nicht gut und im Bett liegen und mir ist immer so schwindelig und dies und jenes, den Arzt gerufen, na ja sie hat aber nie richtig gesagt was Fakt war. Statt zu sagen sie muss eben viel pullern und es brennt unten und dies und jenes, hat sie gar nichts gesagt.

*I: Und wie haben sie das dann raus gefunden?*

Frau G: Ich habe sie dann immer ein bisschen gefragt, wenn ich sie hin gesetzt, auf den Nachtstuhl gesetzt habe und gefragt und beiseite gegangen, ich gehe meistens bei Seite, lass die Leute erst mal alleine dort ihr Geschäftel machen, das ist für die Leute angenehmer und wir hören uns aber draußen die Geräusche mit an und da hörte ich bloß immer das es sehr, sehr lange dauerte ehe da 3 Tropfen kamen und da habe ich sie manchmal gefragt, immer so ein bisschen hintenrum gefragt, das ist schon. Die ältere Generation oder überhaupt man muss auch einen gewissen Intimbereich ein bisschen wahren und auch ein bisschen so von hinten rum fragen oder erst einmal horchen und sagen es klappt wohl nicht, na ja da muss man halt sehen, man muss halt immer ein bisschen wissen, die Generation ist ein bisschen schamhaft, es gibt solche und solche.

*I: Und im Ergebnis der Situation, die Frau wurde dann behandelt oder?*

Frau G: Sie ist dann ins Krankenhaus gegangen und haben es noch genauer untersucht. Da war schon, da stand auch noch ein bisschen was anderes dahinter so Herzinfarkt oder so, das war so ein stiller so ein bisschen Infarkt und die Blase behandelt na klar und jetzt ist sie wieder da. Aber das war seit Ostern, wie lange ist das jetzt her, 14 Tage, 3 Wochen ein Krankenhausaufenthalt? Ich sage auch im Hinterstübchen, man möchte es nicht immer machen, aber es sind auch bestimmt Kosten die auch manchmal eben, die wir auch ein bisschen voraus sehen oder ein bisschen, kann das nicht sagen, aber ein bisschen könnte man da ein bisschen mit voraussehen. Oh das werden wieder ganz schöne Kosten werden, man soll nicht so denken bei einem Menschen, das sind wir auch aus DDR-Zeiten

nicht gewöhnt, weil da hat es gekostet was da war, da gab's für die Patienten und da gab es auch das, aber es ist ja alles angeschlagen unsere ganze Finanzlage.

*I: Und speziell in so einer Situation, die sei erwähnten? Sie sagten man muss vorausschauend denken, es könnte jetzt kostenintensiver werden und da schon eher eingreifen, oder habe ich das jetzt falsch verstanden?*

Frau G: Ja, wenn ich sage, Beispiel, dort ist irgendwo ein recht komischer roter Fleck in der Haut, dann schon mal mit überlegen, was könnte das sein, ist das jetzt tiefer oder ist das bloß gestoßen oder irgendwie so etwas, das könnte ja auch eine Thrombose oder richtig was draus werden, das man schon immer so im Hinterkopf mit hat, „was könnte auf uns denn zu kommen?“, „was haben wir dann für pflegerische Maßnahmen zu machen?“ oder zu salben, das ist alles, man muss schon ein kleines bisschen mit, da kann man nicht einfach, „so da warten wir mal, da warten wir mal“, bis es dann eben Handteller groß ist oder so, es ist ja dann eben auch für die Leute, irgendwo merken sie ja dann auch den Schmerz.

*I: Dieses Einschätzen ist das auch ein pflegerisches Wissen was dahinter steht?*

Frau G: Ja.

*I: Also handelt es sich nur um so ein vorausschauendes Denken in Hinsicht Kosten oder ist es auch Fachwissen?*

Frau G: Das ist eigentlich Fachwissen, also Erfahrung ich bin ja schon 15 Jahre zu DDR – Zeiten in Pflegeheimen gewesen, dann habe ich zu Hause auch viel Literatur, dann diese, noch mal so einen Lehrgang gemacht, dort haben sie uns sehr viel, gerade auf, gerade die ganze Anatomie alles so beigebracht und auch so wenn wir irgendwie was, dann gucke ich nach, muss ich nachgucken, was da kann passieren, was wie entsteht, wie es behandelt wird. Es ist schon ein bisschen Interesse von meiner Seite her und von Haus aus auch und da, man hat vielleicht selber mal einen Fleck gehabt und weiß wie unangenehm das ist, dann denkt man ach jetzt hat die auch so einen roten Fleck oder jetzt hat die einen wunden Po das tut brennen, man weiß ja wie es selber so ist, ich fühle eben immer ein bisschen selber mit. Was ja dann auch unangenehm ist für die Leute und ein bisschen mit den Kosten, weil es eben, wenn ich dran denke früher hat eine Salbe vielleicht 1,50 Mark gekostet jetzt sind es 15 Euro, also noch diese Unterschiede, also diese Preisunterschiede, das muss ich, ohne das wir irgendwo was ansetzen, kann kein Haus existieren.

### ***Beschreibung negativer critical Incidents***

*I: Können sie sich an eine schwierige oder belastende Situation erinnern aus der Pflege, die nicht so abgelaufen ist mit einem Bewohner wie sie es sich vielleicht vorgestellt haben?*

Frau G: Ja das ist, ich würde sagen wenn, jemand sehr, sehr, es gibt Demente die sind ganz lieb, die sind dann auf dich eingestellt beziehungsweise, die kennen dich dann schon an irgend etwas an der Stimme oder an irgendwie und die machen dann in bestimmten Sachen, wenn du dann mit so maletierst oder mit kommen aber wenn einer so dement ist und dann noch ein bisschen so, na ja ich kann's im Moment gar nicht richtig sagen, also wie so, ich mache doch was ich will. Sollen und können sie ja auch, aber es muss halt alles im Rahmen bleiben, denn wir müssen es ja dann auch irgendwie verantworten können, wenn er Abend am Lichtschalter oder irgendwas rum spielt und dort was raus reißt.

*I: Ist das passiert?*

Frau G: Ja. Ja, ja und es ist eigentlich so wenn das, wenn die ein bisschen so tun als wären sie eben dement oder sind vielleicht auch dement, aber sie sind halt auch in einer gewissen, du möchtest dann auch dein Auge drauf haben, das sie nicht gar zu viel Dummheiten machen. Also Dummheiten, das ist auch nicht wieder das richtige Wort für einen Erwachsenen von der Sache her, aber es ist ja immer alles mit Gefahren verbunden und dann wird untersucht, wem, wie konnte das passieren?

*I: Wie verhalten sie sich in so einer Situation, wo der Bewohner an einer Steckdose oder an einem Schalter herumspielt?*

Frau G: Ja, ich habe eigentlich in der Sache, wenn er gar so an den Zeug rum spielt oder nachts eben so sehr aktiv ist oder er will jetzt Lokomotive spielen oder was weiß ich er nachts so will, ich sage ich habe raus gekriegt, er war sehr dem Geld nach, man muss eben immer wieder in der Vergangenheit suchen, er war sehr sparsam und das Geld und da sage ich halt also das nächste mal wenn sie wieder hier drinnen rumspielen ist und es geht was kaputt, geht es von ihrem Konto. Also das geht dann, so lange wie es hier oben da ist, er muss was bezahlen, da macht er es nicht mehr. Aber wenn es wieder weg ist. Also man muss immer in der Vergangenheit mal gucken, wie waren die Verhältnisse, wie war er früher und dann kann man von dort was übernehmen und dort sagen, dann müssen sie es bezahlen. Das geht so nicht, wir können das nicht mehr tragen, also wenn er an irgend was dran rum spielt oder eben dann abstellen die Fernbedienung aus dem Bett oder was weg nehmen, das er sich nicht mehr kann bis hoch machen, mit dem Bett fahren, das ist eben dann so eine Sache.

*I: Und warum handeln sie so in der Situation? Worauf ist das zurück zu führen?*

Frau G: Ja es ist ja immer mit Gefahren verbunden, entweder der fährt mit seinem Bett bis hoch und er stürzt von oben runter und für den Dienst und fürs Haus gibt es dann zu klären wie konnte das passieren, eben aus der Gefahrensache raus, weil das ist ja wie bei kleinen Kindern, lass den mal einen Moment aus dem Blick, da können die schon runtergestürzt sein. Du möchtest, man muss immer im Hintergrund fragen, was kann passieren? Es ist, wir sind Menschen und da wird immer wieder was passieren, das geht eben einfach gar nicht, da wird auch jemand mal stolpern und hinfallen oder aber bestimmte Sachen kann man eben doch schon vornweg unterbinden.

*I: Was denken sie macht eine gut Pflege und Betreuung aus?*

Frau G: Also das ist eigentlich so ein Dings, also so eine Frage die sehr schlecht zu beantworten geht. Also ich würde sagen vor allen Dingen, die Liebe zum Menschen, also das muss vorhanden sein, das mitfühlen das gewisse das, man kann sich das nicht aussuchen, weil das vielleicht einem Geld bringt oder überhaupt, man muss einfach nur den Mensch sehen, den Mensch lieben und auch mit allem drum und dran, nicht nur den Mensch sondern auch die ganze Natur und alles, die Tiere und so, man muss einfach, das kann auch nicht jeder, denn wenn mal jemand aus meinem Bekanntenkreis, nein, das könnte ich nicht, das könnte ich nicht, also man muss da schon wirklich zu diesem Beruf, Krankenschwester, Pfleger und Arzt man muss dann schon.

*I: ... so eine Beziehung zum Menschen haben?*

Frau G: Ja und vor allen Dingen auch lieb, man muss auch über viel drüber weg sehen können und denn es gibt ja nicht immer bloß angenehme Sachen, wenn eben einer bis obenhin voll gekackt ist und so, das muss man eben auch verkraften können, man kann dann bloß zu Hause eben sagen, bis hier her, meine Tür, bestimmte Sachen nimmt man immer mit rüber aber bis dorthin oder bis hier her, dann ist es vorbei, wenn ich morgen wieder komme bin ich wieder hier. Da kann man den Beruf vielleicht sehr lange ausführen. Denn es gibt auch Verschleiß in dieser Branche.

*I: Wie machen sie das, dass sie das vor der Tür so abschütteln können, wenn man das so sagen kann?*

Frau G: Ich speziell liebe Bücher über Ägypten und Afrika und tue mir erst mal eine Tasse Kaffee kochen, mein Buch und dann die Familie, na Familie eigentlich nicht, ich bin allein aber meine Kinder wohnen mit im Haus und die Enkel und da ist eigentlich immer Leben, also da ist nicht, aber wenn ich alleine bin so für mich jetzt wo ich ein bisschen abschalten kann, dann nehme ich mein Ägypten oder Afrikabuch und dann ist mir das, schalte ich gut ab.

***Fragen zur Qualität in der Einrichtung: Einschätzung der Pflegequalität in der Einrichtung***

*I: Was denken sie hat sich konkret in der Pflege und Betreuungsqualität seit Sommer letzten Jahres geändert hier im Haus?*

Frau G: (kurze Pause) Mmm. Der Wechsel des Personals, das ist mit sehr belastend.

*I: Warum?*

Frau G: Hier wenn man jetzt eine Schicht hat, wir sind meisten zu zweit oder was sehr intensiv ist mit der Pflege oder bei bestimmten Sachen sind wir zu dritt, man hat sich immer auf einen neu einzustellen. Wenn man jetzt einen alten hat, da wusstest du ganz genau, der macht die Strecke oder, also das im Team die Arbeit untereinander, man muss immer, das belastet auch sehr, wenn man sich immer wieder auf neue Kollegen einstellen muss.

Du wusstest auf die kannst du dich verlassen, wenn jetzt was ernstes ist oder so oder was, die war mit da, die brauchtest nicht, und bei den alten Leuten ist das so wenn du sagst es wechselt ist das den auch unangenehm, weil sie haben jetzt eine bestimmte Scham überwunden, die kennen jetzt die Leute, beim waschen und von alles und jetzt kommt wieder jemand neues, jetzt müssen sie sich auch wieder dran gewöhnen, den geht es genauso also ein kleines bisschen und ich will nichts über junge Leute sagen, die müssen genauso rangeführt werden, die müssen getestet werden, ob sie so einen Beruf können in so einem Heim ausführen, aber da soll es wenigstens immer die selben möglichst sein nicht so viel auf einmal, das verwirrt die alten Leute auch. Die haben irgendwie doch ein bisschen Scham oder ein bisschen genießen sie sich über die jungen die haben schon irgendwie einen Weg, ach ja die Jugend ist schön aber wenn ich nur wieder jung wäre oder das Wehmütige, das kommt dann doppelt meistens raus, wenn die gar zu viel Jugend um sich rum sehen. Sie sollen mit Jugend, das kann so sein aber in bestimmten Sachen wollen sie sie nicht haben, also das ist meine Frage, so denke ich. Sie wollen ein bisschen Jugend haben, aber dann im Stillen sagen sie, ach wenn ich nur auch wieder jung wäre

und dann werden sie wieder ein bisschen wehleidig oder traurig, das habe ich schon oft erlebt.

*I: Und was hat sich konkret in der Beziehung zu den Bewohnern in dieser Zeit geändert seit Sommer letzten Jahres?*

Frau G: Für die Bewohner? Ach.

*I: In der Beziehung zu den Bewohnern?*

Frau G: Das ist eigentlich gleich bleibend, von unserer Seite ist es meistens gleich. Wir behandeln jeden gleich ob der so ist oder so gestellt ist, also ich versuche es jedenfalls und da gibt es keine Unterschiede. Wie das die anderen sehen weiß ich nicht aber der Wechsel und das viele durcheinander durch das viele 1 € Jobber muss ich sagen, ist auch nicht immer gut, wenn so viele dann im Gange sind und die Leute wissen überhaupt nicht mehr, wen sie sollen anreden. Gehört er jetzt rein? Ist das ein Gast? Ist der für mich da? Das ist immer so ein Risiko, das sie dann gar nichts mehr sagen, weil wollen sie, sie kennen niemand mehr, der Bezug schwimmt dann so ein bisschen auf oder sie warten dann bloß noch bis jemanden was sagen, die die sie kennen.

*I: Also wirkt sich das eher negativ auf die Beziehung zum Bewohner aus?*

Frau G: Bei unsern Dementen ja.

I: Weil die die Leute nicht einschätzen können?

Frau G: Die kennen das nicht, das ist für die zu wechselhaft, die wollen was Dauerhaftes haben, wollen jeden Tag dasselbe, also möglichst soll es ja auch so sein, der Tagesablauf das er immer gleich bleibend bleibt.

***Fragen zur Qualitätsentwicklung: Entwicklungen, Veränderungen und Ereignisse durch das Qualitätsmanagement***

*I: Beschreiben sie besondere Veränderungen, Projekte, Entwicklungen die hier im Haus passiert sind an denen sie beteiligt waren?*

Frau G: Ich? Nein

*I: Oder von denen sie gehört haben?*

Frau G: Was haben wir für Projekte? Als da muss ich passen, dadurch das man auch viel Nachtschicht hat, hat man ja hinterher etliche Tage frei, da ist man dann ein bisschen schlecht auf dem laufenden. Wenn du dann ein paar Tage da warst da hörst das so was ist. Ja was ist ein Ereignis, der Computer das ist jetzt das Thema Nummer 1 kann man sagen, weil es ja wirklich kein leichtes Programm ist, es ist eben ein bisschen kompliziert aufgebaut und weil wir nun die ganzen Aktenberge erst mal in den Computer eingeben. Und das wird ja, das ist ein bisschen Veränderung und da wird es noch manche Sachen geben die vielleicht nicht so, dorthin sollten in die Datei wo sie eigentlich sollten rein, da wird es schon manchen noch geben der sagt was steht denn hier drinnen, gehört denn das hier rein? Und dann muss man eben einfach großzügig sein und da wird es wieder raus genommen und dann musst es wieder korrigiert werden und Fehler macht ja dann jeder.

*I: Was denken sie gibt es da für Veränderungen, durch das Programm?*

Frau G: Zeitmäßig. Wir werden mehr Zeit verbringen um hier, befürchte ich am Computer statt am Patienten, also dem Heimbewohner. Die Zeit, ich habe das komische Gefühl



das uns dort Zeit verloren geht für die Leute. Dass dann einiges auf der Strecke vielleicht bleibt. Ich will es nicht hoffen, denn das wäre wirklich ganz negativ. Aber es ist schon so, sie können mir es glauben ich habe mal für einen Handwerker mal bei einem Programm wollen was machen, ich habe viele Abende und Nächte dran gesessen und habe dort Logos oder was herstellen wollen und Firmenblätter und so, also man kann dort nämlich wahnsinnig viel Zeit aufbringen am Computer.

*I: Dann gab es noch so eine Sache Apothekenwechsel?*

Frau G: Ja, das hat sich gut eingespielt.

*I: Warum wurde das gemacht?*

Frau G: Ja ich bilde mir ein das ist so von der Pharmaindustrie, von den Apotheken hier auch so ein Entgegenkommen oder vielleicht verdienen sie ja auch richtig dran? Der Umsatz, würde ich sagen. Das ist ein großer Posten hier und wenn die mehrere so haben, dann haben die einen Umsatz in ihrer Apotheke, also haben die mit ihren Händlern, ihren Großhändlern der Pharmaindustrie können die anders abnehmen. Gekostet hat's zwar auch für die, aber ...

*I: Warum wurde das hier im Haus eingeführt?*

Frau G: Warum? Bestimmt. Ich weiß es nicht. Ich kann es nicht sagen warum. Um vielleicht hier die Stunden, denk ich mir, also könnte ich mir denken. Die Stunden für die Pflege, wenn ich jetzt drei Stunden die Arznei die Pillen setzte für die Heimbewohner, bin ich drei Stunden mit so was beschäftigt und kann mich nicht direkt für die Pflege für was weiß ich, Betten lagern, Getränke reichen zur Verfügung.

*I: Merken sie das da jetzt mehr Zeit da ist?*

Frau G: Ach, ich kriege es eigentlich nicht mit. Wenn, ich kriege es weniger mit, nein ich wüsste nicht das ich mehr Zeit habe. Na klar man kann noch, ja doch, man hat, ich wir haben ja als Hilfskräfte keine Arznei gesetzt, Medikamente gesetzt. Ich kann es nicht sagen, ich habe die Arbeit die ich immer gemacht habe, mache ich ja trotzdem also ich merke es selber nicht. Das müssen sie die Fachkräfte, das müssen sie sagen ob die können jetzt in den 3-4 Stunden eine andere Tätigkeit, Leistung erbringen.

*I: O. k. Ich danke ihnen für die Zeit die sie sich genommen haben und aufgewendet haben.*

**Interview Nr. 17: I (Interviewer), Frau D (interviewte Mitarbeiterin)*****Fragen zu Situationen und Verhaltensweisen von Personen an denen Qualität sichtbar wird: Beschreibung positiver critical Incidents***

*I: Zunächst habe ich ein paar Fragen aus dem Arbeitsalltag. Können sie sich an eine Situation erinnern die ihnen besonders in Erinnerung geblieben ist, weil die eher auffallend war und wo etwas gut geklappt hat zwischen ihnen und einem Bewohner?*

Frau D: Och, na ja da gibt es so einige Situationen, aber jetzt so plötzlich aus dem Stehgreif, muss ich mal so sagen, da gibt es so eigentlich. Ja zum Beispiel haben wir einen Bewohner aus dem Krankenhaus zurück bekommen, ist also, äußert sich kaum noch, ist also auch so krank eigentlich so, na sag ich jetzt mal so irreparables, so Magengeschwür und wir haben ihn eigentlich in einem ziemlich desolaten Zustand aus dem Krankenhaus bekommen, also abgemagert bis zum geht nicht mehr und wo wir halt wirklich dachten, na ja das war's. Aber den wir eigentlich wieder so hochgepäppelt haben, sage ich mal so, das er zugenommen hat und eigentlich jetzt wieder guter Dinge ist. Also er äußert sich so mit ja und nein und gut und schön und so was. Und so von seinen körperlichen Bewegungen her kann man so einiges ablesen ob es ihm gut geht oder ob er sich nicht so wohl fühlt aber jedenfalls das ist eigentlich ein positives Erlebnis halt. Also er kriegt gut zu essen von uns, er kriegt auch extra noch so eine kalorienreiche Flüssigkeit und isst eigentlich so ziemlich normal aber wo wir eben darauf achten. Am liebsten isst er halt Kartoffelmuß mit irgendwie Möhren oder irgendeiner Soße egal was und das machen wir halt immer so, was er eben so gerne isst und das geben wir ihm und das isst er eigentlich auch und eigentlich gut möchte ich mal sagen, eigentlich ja zugenommen und ich denke mal er fühlt sich wohl und das eigentlich ein richtiges Erfolgserlebnis. Möchte ich mal so sagen.

*I: Und wie verhalten sie sich so in der Situation dem Bewohner gegenüber?*

Frau D: Ja wir reden mit ihm viel und wenn wir halt rein kommen begrüßen wir ihn, „Guten Morgen“ und dann lächelt er uns, das hat er eben auch nicht gemacht, er lächelt uns, also er lacht manchmal auch so richtig laut und da denke ich manchmal das schon, das er das positiv empfindet. Das er uns auch positiv empfindet. Das er sich, so sage ich mal jetzt, so wohl fühlt wie er sich noch wohl fühlen kann.

*I: Und was denken sie worauf ist ihr Verhalten zurück zu führen? Das sie sich so gegenüber dem Bewohner verhalten?*

Frau D: Worauf mein Verhalten zurück zu führen ist? Na ja wir wollten eigentlich, sage ich mal, ihn das noch so gut wie möglich, sage ich mal so, sein Leben hier so gut wie möglich, so gut wie es eben geht angenehm wie möglich zu machen. Er hatte auch sehr Durchfälle also er hat ohne Ende also sag ich mal, sobald wir ihm was gegeben haben, hat er eben massiv Stuhlgang gehabt. Und da haben wir halt überlegt wie wir das so in die Reihe kriegen, das klappt mit Medikamenten nicht, haben wir halt von der Ernährung her umgestellt alles was eben nicht Stuhlgang fördernd ist. Haben ihm halt geriebenen Apfel mit Schokolade und so was. Und an was es nun gelegen hat ich weiß es auch nicht, jedenfalls ist das alles, hat sich alles gebessert. Der Stuhlgang ist normal, das Essen klappt und alle Mitarbeiter haben mitgezogen. Wir haben ja immer Besprechung und Übergaben und haben halt mit der Übergabe, heute hat er das und das gegessen und versucht das und das ist geplant und das und das gegeben und.

***Beschreibung negativer critical Incidents***

*I: Können sie sich an eine Situation erinnern die eher schwierig war oder belastend, wo was nicht so gelaufen ist mit einem Bewohner?*

Frau D: Oh, ja da haben wir ab und zu welche. Na ja es ist immer es gibt immer unzufriedene Bewohner sage ich mal und da haben wir im Moment wieder unsere Frau X., da ist sie gestern gerade noch gestürzt zum Glück mit Angehörigen und die waren gestern beim Hautarzt und die ist permanent unzufrieden. Mit allem und mit allem was man macht. Na ja gut manchmal ist auch sag ich mal ist sie etwas leicht zufrieden, wenn sie gebadet wird, sag ich mal so da mag es, aber ansonsten haben wir immer Mühe das sie überhaupt aufsteht. Sie kann eigentlich aufstehen, aber heute nicht, heute geht's nicht, heute will ich nicht und na ja da müssen wir eben alles ins Zimmer schaffen, wo ich denke sie könnte mehr aber woran es liegt, das wissen weder die Angehörigen noch wir, noch der Neurologe also da kann man sich Mühe geben wie man will, sie liegt dann halt dann da, ich will nicht mehr und es geht nicht mehr also völlig pessimistisch.

*I: Wie verhalten sie sich da in so einer Situation?*

Frau D: Na ja, wir reden mit ihr und manchmal sagen wir auch, Frau X. heute muss es mal werden, das ist immer so, na ja so 1-3 Tage, manchmal eine Woche das sie nicht raus kommen will. Also Frau X. jetzt müssen sie mal wieder eine andere Tapete sehen, komm jetzt, kommen sie mal eben jetzt, stehen sie mal auf und heute gehen wir in die Badewanne, da bade ich sie und dann. Manchmal klappt es manchmal auch nicht. Je nach dem. Und dann wenn sie nicht will, dann müssen wir es halt lassen, sagen wir es mal so.

*I: Und was ist das für ein Ergebnis in so einer Situation?*

Frau D: Ja meisten sage ich mal, es gibt ja bloß, entweder sie macht es und sie kommt oder sie lässt es. Ich sage mal wir können sie ja jetzt auch nicht so, sage ich mal bestimmen, das sie es unbedingt jetzt machen muss, wir können nicht ach Frau X. kommen sie jetzt mal, so aber wenn sie nicht will, dann geht es nicht.

*I: Sie haben gesagt sie müssen dann immer alles ins Zimmer bringen.*

Frau D: Ja, das ist es ja. Da bringen wir eben das Essen ins Zimmer, aber im Zimmer steht sie dann auf und setzt sich an den Tisch.

*I: Und ist das zeitaufwändiger?*

Frau D: Euja, das ist schon zeitaufwändiger. Na klar sie kann ja die kann ja mit dem Rollator laufen.

*I: Und reden sie mit der Frau darüber?*

Frau D: Na klar.

*I: Und was sagt die dann.*

Frau D: Nun ich kann nicht, es geht nicht und dann lasst mich doch liegen. (kurze Pause)

*I: Warum verhalten sie sich so in der Situation mit der Frau?*

Frau D: Nun ja man kann sie nicht ja, ich meine das geht ja nun nicht, ich denke ich kann sie doch nicht einfach liegen lassen, irgendwie zu essen braucht sie aber wir haben die jetzt, sage ich mal so, die Situation noch nicht durchgespielt uns nicht darum zu

kümmern. Man müsste sage ich mal so, man könnte sie, mal sehen was passiert, na sie würde sich sicherlich massiv beschweren, denke ich einmal. Wenn wir jetzt, es kümmert sich, dann würde sie den Spieß vielleicht umdrehen und vielleicht sagen es kümmert sich ja niemand um mich. (kurze Pause) So wird das ausgehen, denke ich mal, so ist noch nicht bei ihr, dass sie eigentlich nicht weiß was sie tut.

***Fragen zur Qualität in der Einrichtung: Einschätzung der Pflegequalität in der Einrichtung***

*I: Jetzt habe ich ein paar Fragen zum Haus zur Qualität hier im Haus. Woran machen sie Qualität in der Pflege und Betreuung fest?*

Frau D: Woran man Qualität fest macht? In dem man eigentlich, eigentlich permanent seine Arbeit korrekt ausführt, sämtliche Tätigkeiten. Ein gutes Miteinander mit den Mitarbeitern, gute Übergabe, ja die Übergabe ist immer ganz wichtig, das man also detailliert eben, wird ja immer von Heimbewohner zu Heimbewohner besprochen, was da gemacht werden muss. Was wir im Frühdienst gemacht haben, was wir im Spätdienst gemacht haben und was noch gemacht werden muss und sage ich mal die Weiterbildung. Ich halte immer die Weiterbildung für ganz wichtig, eigentlich, das die Mitarbeiter, haben wir auch regelmäßige Weiterbildungen, das ist schon aber das eben doch auch sage ich mal so, begriffen wird, was da eigentlich rübergebracht wird und das da auch so, na ja das es so zu arbeiten eigentlich wie man das Wissen, ich sag es mal so, nach besten Wissen und Gewissen jetzt so, das man eben die Tätigkeit so ausführt, das man sagt am Ende ja, es war gut oder, das man mit einem bisschen guten Gewissen nach Hause gehen kann.

*I: Wie machen sie das? Überprüfen sie das, dass die Mitarbeiter ihr Wissen praktisch dann anwenden?*

Frau D: Ja überprüfen, also wir arbeiten ja immer mit mehreren Mitarbeitern immer wieder zusammen und da kann man schon die Mitarbeiter so einigermaßen einschätzen, wer gut ist oder wie jeder arbeitet. Aber von vorn herein muss ich mal sagen, eigentlich geht es ja schon mit der Einstellung los. Das man dort eben die geeigneten Mitarbeiter sage ich mal, von der Person her sowohl jetzt von der menschlichen Seite als auch von der fachlichen Seite die Qualifikation von Haus aus schon mit bringen. Dann hat man natürlich überhaupt keine Probleme. Also das ist natürlich das Ideale und dann flutscht das also da sage ich dann mal so, das ist dann ein angenehmes arbeiten, wenn man jetzt Mitarbeiter hat, ja wo alles stimmt, sage ich mal so. Wo es rundum stimmt.

*I: Was sind das so für Qualifikationen, die man da mitbringen muss?*

Frau D: Ich würde denken, jetzt zum Beispiel eben gerade in dem Bereich bei uns oben, das ich sage mal von der Psyche her doch belastbar sein müssen, wir sollten belastbar sein vom körperlichen und von der Psyche, physisch und physisch belastbar. Also eine ganze Menge aushalten, das man so auch und über das über Weiterbildung, das man über Weiterbildung Verhaltensmaßnahmen bekommt, zum Beispiel das man bei, in Situationen mit Heimbewohnern jetzt die Ruhe bewahrt. Und das das einen selber auch nicht so angreift, sag ich jetzt mal, das man das ein bisschen abschieben, das man das nicht, das man das so ein bisschen abkippen kann selber und nicht in Aggression verfällt. Und da gibt es ja die verschiedensten Menschen sage ich mal und wenn da menschlich von Haus aus sage ich mal jetzt dafür nicht eignet, ja wie kriegt man das raus, das kriegt man eigentlich erst dann mal raus, wenn man sie erst mal eingestellt hat. Und sage ich mal,

das ist schon so und dadurch kommt dann auch mal eine Fluktuation sage ich mal zu Stande, bis man sagt na ja jetzt haben wir so ein Team damit könnten wir eigentlich leben, das ist eigentlich gut, sage ich mal und im Moment denke ich eigentlich das es bei uns so ist.

*I: Diese Ruhe die die Mitarbeiter mitbringen sollten, wir bekommen die sie durch Weiterbildung?*

Frau D: Ich sage mal dass man sich über das Wissen aneignet auch über Weiterbildung. Na, wie meinen sie das jetzt? Was?

*I: Ich wollte wissen, wie sie das gemeint haben mit dem Ruhe ausstrahlen in der Arbeit und sich das durch Weiterbildung aneignen.*

Frau D: Ach so, nein, dass erst mal durch Weiterbildung Wissen vermittelt wird und die Mitarbeiter sollten, also sollten von ihrem gesamten Habitus so geschaffen sein das sie halt mehr die ruhigeren Menschen sind, die die Ruhe ausstrahlen. Also nicht selber jetzt in Hektik verfallen, wenn jetzt irgendeine hektische Situation eintritt bei einem Bewohner.

*I: Was sind das so für hektische Situationen?*

Frau D: Na ja zum Beispiel. Da gab's zum Beispiel eine Situation, da hatte eine Heimbewohnerin, die macht sich abends immer das Haarnetz um und da hat sie wahrscheinlich nie das Haarnetz erwischt sondern hat sich eine Tüte über den Kopf gezogen, so eine Plastetüte und wie war die Situation, jedenfalls ist die, na ja ist die Mitarbeiterin zufällig rein und eine Mitarbeiterin, na ja „papapapa“ großes Geschrei, na was haben sie denn gemacht, ja. Die andere Mitarbeiterin die das von Station erzählt hat, sagt na kommen sie doch Frau Sowieso und das machen wir jetzt mal ab und sie suchen sicherlich ihr Haarnetz und so weiter, jedenfalls hat die eine Mitarbeiterin die halt die andere so ein bisschen Theater gemacht hat, das kann nicht sein, das kannst du nicht machen, man kann nicht in das Zimmer gehen und die Heimbewohnerin sage ich mal die in einer angespannten, ängstlichen Situation vielleicht ist, kann man nicht noch durch großes Geschrei „Was haben sie gemacht“ und so weiter noch mehr verängstigen. Sondern man muss sie halt versuchen runter zu bringen. Und wenn solche Situationen sind und eben einer kann es nicht einschätzen dann habe, das sage ich dann untereinander dann immer, wenn irgendwelche Situationen sind, dann muss es untereinander gesagt werden, das es stimmig wird, das ist ja nicht so das man sich jetzt so anprangert gegen einander oder eine Verhaltensweise vorwirft aber in solchen Situationen, das halt hier oben irgendwo klickt sage ich mal, das, na ja das war nicht in Ordnung oder so und ich muss mich das nächste mal anders verhalten. So eine Situation hatten wir mal.

*I: Und was hat den sich konkret in der Pflege und Betreuung verändert seit Sommer letzten Jahres?*

Frau D: Na ja soviel verändert in der Pflege und Betreuung? Mmm, wüsste ich jetzt eigentlich nicht. Also wir arbeiten eigentlich sag ich jetzt mal, Pflege und Betreuung, ja gut das einzige vom Computer sag ich mal so, das wir die ganze Pflegedokumentation, das wird jetzt erst kommen, das wir das elektronisch machen müssen. Da sind wir jetzt dabei das zu bewältigen, also anzufangen. Das ist das na ja, mm ich weiß jetzt erst mal nicht so richtig was so sehr zeitaufwändig ist die Eingabe, das wenn das dann mal alles drin ist, sage ich mal, ist es vielleicht nicht mehr so das Problem mehr. Aber das alles erst einmal

rein zubringen. Das machen wir auch nicht gerade in der Dienstzeit und dann setzen wir uns auch hin außerhalb der Dienstzeit hin. Na ja und ansonsten denke ich mal das wir alle aus meiner Sicht würde ich schon sagen, das wir alle gut zusammenarbeiten. Und das eben, na ja sage ich mal was so nicht so positiv ist, das ist so wir haben eben viel Praktikanten und die eben auch immer bloß für ein paar Wochen da sind. Da sind immer wieder so neue Gesichter. Und was eben eigentlich, sage ich mal so in der Altenpflege völlig unangebracht ist. Aber was sicherlich nicht zu ändern ist. Auf der einen Seite muss man ja irgendwie, wie sollen sie es sonst lernen? Da gibt es ja auch sage ich jetzt mal Positives und Negatives, natürlich die Mädels die jetzt von ihrem Wesen her, sage ich mal so rein passen, die haben natürlich kein Probleme und die werden auch sofort angenommen, also das kann man so sagen und die eben so weniger, na ja die werden dann eben nicht so angenommen, da regen sich eben die Heimbewohner, sie regen sich darüber auf.

*I: Was ist bei deren Wesen anders?*

Frau D: Na ja die halt, sage ich mal, wie soll ich das sagen? Von ihren Handlungen her, es gibt schon, die nicht so gut zu Recht kommen. Zu gehen auf den Bewohner, sage ich mal so, dieses einfühlen, aber das können sie vielleicht auch noch nicht so. Manch einer hat es so vom Wesen her schon so irgendwie gegeben und der andere muss vielleicht doch noch so einiges lernen, das kann bei denen noch gar nicht so ausgeprägt oder vorhanden sein, die müssen es ja erst noch lernen, sage ich mal.

*I: Wie lernt man einfühlsam zu sein?*

Frau D: Einfühlsam, na gut lernen, ich denke mal schon irgendwie muss es vorhanden sein. So lernen denke ich mal geht nicht. Nee, nee aber doch na ja aber im Moment sind die eigentlich ganz gut die Praktikanten die jetzt da sind. Aber na ja ich sage mal so, man merkt schon ob sie gerade so das Notwendigste machen oder ob sie auch mal einen Handgriff mehr machen, das merkt der Heimbewohner und an der Freundlichkeit, sagen wir es mal so, das merkt der Heimbewohner schon am ehesten, sage ich mal, bevor wir das merken.

*I: Und geben die ihnen das weiter?*

Frau D: Ja, doch, doch die sind, man könnte es manchmal, nicht das denken, aber es ist wirklich so, die fühlen das dann schon und merken und sagen und äußern das dann auch. Gerade wie unsere Frau X, die ist ja nun blind, die sieht gar nichts also die nur vom Gefühl her reagiert also da haben wir eine Praktikantin jetzt und ihr ist das gezeigt wurden, wie sie halt an ihr arbeiten soll und das klappt vom ersten Moment, muss ich mal sagen. Also das die Frau X glücklich, die Praktikantin ist glücklich und das ist der ideale Moment.

*I: Und diese Praktikanten, sind das Schulpraktikanten?*

Frau D: Das ist, ich weiß nicht, so Sozialassistenten nennen die sich und die machen jetzt 6 Wochen lang Praktikum im ganzen Haus.

*I: Und dann kommen die noch mal wieder?*

Frau D: Das weiß ich nicht. Jetzt erstmal so 6 Wochen und da haben wir jetzt so sage ich mal so ein bisschen einen Glücksgriff. Das ist eben schön für alle sage ich mal. Für uns schön, für die Heimbewohner schön und wenn alles rund ist, dann fühlen sich die Prakti-

kanten wohl und dann klappt das alles. Die haben auch eine gesunde Einstellung. Es gibt ja schon welche die sagen, och nee das kann ich nicht sehen. Das geht nicht und so, aber das geht eigentlich alles.

*I: Was denken sie, hat sich konkret in der Beziehung zum Bewohner geändert seit Sommer letzten Jahres?*

Frau D: Ich denke mal, da haben wir eigentlich immer die gleiche, also das sich was verschlechtert hat oder verbessert hat. (kurze Pause) Ich denke da hat sich jetzt nicht soviel geändert. Also wir sind eigentlich, wenn ich jetzt von mir ausgehe immer gleich bleibend, sage ich mal so. Ich habe so eine Heimbewohnerin die ist halt, die lässt sich noch so ein bisschen nur von bestimmten Mitarbeitern duschen und es gibt natürlich so Mitarbeiter na ja die ihr nicht ins Konzept passen. Und dann kommt sie halt, und gerade heute habe ich mein Fett weg, ich sollte doch immer bloß noch Leute in den Dienst eintragen, die mit ihr zu Recht kommen.

*I: Hat sie gesagt?*

Frau D: (lacht) So sinngemäß! Ich habe gesagt, gehen sie doch mal zur Frau X. runter, da kann es vielleicht eher geregelt werden. Ich habe nun mal die Mitarbeiter und die muss ich auch eintragen und die, sie müssen auch ihren Dienst machen, ich weiß auch nicht woran das manchmal liegt es gibt, sage ich mal. Es gibt Bewohner die ordern ja weniger vom Verstand her, sondern das geht ja alles so über das Gefühl so bei den Heimbewohnern und da gibt eben doch so, na ja Sympathien. Ja so Sympathien. Die wollen halt auch gerne mal so ein bisschen, was erzählen oder und was fragen, sage ich mal so, die Zeit muss man sich dann auch nehmen. Es ist eine Heimbewohnerin, die will halt immer so ein bisschen was privates wissen und so weiter und wenn man da mal ein bisschen was redet und erzählt, denn dann baut schon so eine gewisse Beziehung auf. Und dann hat man eigentlich auch keine Probleme. Also und weiß nicht, das ist eine junge Kollegin, aber so neu ist sie in dem Beruf auch nicht, ja wo sie eben ein bisschen Schwierigkeiten hat, also sie lässt sich halt nicht von ihr duschen und das passt ihr eben nicht wenn sie Spätdienst hat und da wird dann eben gewartet bis der Nachtdienst kommt und der ins Konzept passt und von ihr wird sie dann geduscht. Dann wird das halt so eingerichtet. Einer ist dann immer irgendwie dabei. Und ich habe nun sonntags Frühdienst und da mache ich Mittag. Nee Mittag mache ich nicht. Aber wenn nun alle Stränge reißen, aber wir haben da noch eine Kollegin die ist auch noch nicht lange da, die werde ich ihr dann vorstellen gehen und da ich habe heute schon angefangen, also das muss immer in mehreren Etappen gehen, also das ich dann anfangen, die war schon da und die hat sie auch gesehen, kann sich aber im dem Moment nicht erinnern wer es ist, wenn ich ihr das erzähle und dann gehe ich dann, die hat dann morgen Dienst und da gehe ich zusammen mit ihr hin und werde mit ihr reden und vorher sage ich der Kollegin natürlich das sie halt ein bisschen mit ihr reden soll, bisschen was Privates erzählen soll. Also wo sie herkommt, das sie verheiratet ist und Kinder hat und was die Kinder machen und so weiter, so in der Richtung. Und da gehe ich mit ihr hinter und da frage ich sie ob sie sie duschen darf? Also das ist immer ein Aufwand. Und dann werden wir ja sehen, da bin ich aber gespannt, was da nun rauskommt, weil die Kollegin sich eigentlich eignet, denke ich schon.

*I: Was hat denn sich in der Pflege und Betreuungsqualität geändert seit Sommer letzten Jahres?*

Frau D: Na ja geändert eigentlich höchstens dass wir immer noch mehr machen müssen, zum Beispiel jetzt dieses Assessment, mit der Ernährung. Mit dem Trinken und so weiter, das wir das noch so schriftlich formulieren müssen wie zum Beispiel die einen BMI unter 20 haben, das man bei denen noch so ein Assessment macht. Und da eben mit in der Dokumentation.

*I: Also es ist mehr Arbeit dazu gekommen?*

Frau D: Das ist eigentlich mehr Arbeit. Wir haben das eigentlich sonst so, ja den BMI hatten wir und wir haben auch Flüssigkeitsbilanz und Ernährung, eben gerade bei solchen Bewohnern wo man eben aufpassen muss, wie zum Beispiel der Herr G., wo wir das Problem hatten, das er aus dem Krankenhaus zurück gekommen ist, wo wir eben dachten na ja der ist von Haut und Knochen, also jetzt sieht er wenigstens im Gesicht schon wieder voller aus. Und das haben wir eigentlich schon für uns auch, sage ich mal so, das ist von uns aus beachtet wurden aber ohne das es eben irgendwie jetzt so einen großen Schriftpakt darüber gegeben hat, haben wir das eigentlich alles gemacht. Wir haben es nur nicht so detailliert. Wir haben es zwar nieder geschrieben auf dem Berichteblatt, aber nicht so detailliert, ausgearbeitet.

*I: Und ist das Detaillierte notwendig aus ihrer Sicht?*

Frau D: Nein eigentlich nicht. Wenn man qualifiziert ist und Fachpersonal hat, dann ist es nicht notwendig, sage ich mal, weil jeder aufpasst und guckt und sofort sieht wo irgendwo ein Defizit ist oder irgend wo vielleicht sage ich mal ein Zahn könnte eine Rolle spielen, das er den Mund nicht auf macht oder was, sage ich jetzt mal so. Ich sehe das nicht so.

*I: Und warum wurde dann dieses Assessment gemacht?*

Frau D: Ich denke mal das wir gezwungen werden über die Pflegekassen es so zu dokumentieren, weil ja sofort wieder unterstellt werden kann, warum ist der so dünne? Wir haben zwar den BMI, wir machen das zwar alles aber es ist für uns wiederum eine Sicherheit, dass wir das alles machen. Aber die Sicherheit ist natürlich wieder mit sehr viel Arbeit verbunden. Aber für uns selber sage ich mal, wäre es nicht notwendig. Wir müssen es halt machen um uns abzusichern. Wir machen alles nur um uns zu rechtfertigen sage ich mal so.

*I: Und das ist zeitaufwändig?*

Frau D: Na ja das ist schon zeitaufwändig.

***Fragen zur Qualitätsentwicklung: Entwicklungen, Veränderungen und Ereignisse durch das Qualitätsmanagement***

*I: Können sie mir besondere Veränderungen, Projekte, Entwicklungen hier im Haus beschreiben an denen sie beteiligt sind oder von denen sie gehört haben?*

Frau D: Da ist ja die Medikamentenumstellung, das haben wir jetzt, dass das die Apotheke macht.



*I: Warum wurde das gemacht?*

Frau D: Na ja, weil es war schon zeitaufwändig, weil das vom Nachtdienst gemacht wurde und da war das schon sehr zeitaufwändig. Immer so das vom Nachtdienst das zu machen. Und das ist schon, sage ich mal, eine Zeitersparnis. Wo sage, ich persönlich eine andere Lösung, also ich hätte schon die Lösung das man es jetzt stellt, so Früh, Mittag, Abends kurz vorher, weil es meiner Meinung nach nicht viel Arbeit macht. Aber ich meine man kann aus allem was machen. Bei dem einen dauert das 10 Minuten bei einem anderen dauern die 10 Minuten eine halbe Stunde.

*I: Beim Mitarbeiter der das setzt?*

Frau D: Ja. Ja das setzen. Und aus dem Grund ist die Lösung schon ganz gut so wie sie ist. Weil, ja ebenso weil es so ist.

*I: Weil es doch viele Mitarbeiter unterschiedlich in die Länge ziehen könnten?*

Frau D: Genau so ist es. So ist meine Sicht, weil so sage ich das jetzt. Da kann man sich dran festhalten und da kann man auch sagen jetzt, lass mal die anderen draußen arbeiten, ich mache das jetzt und da kann man das schon gemütlich, sage ich mal.

*I: Das haben sie so eingeschätzt?*

Frau D: So kann man es einschätzen. So kann man es einschätzen. So würde ich es einschätzen. Sage ich mal so, aber jemand anderes würde jetzt explodieren, wenn ich das sagen würde. Und da ist es aus der Sicht eigentlich ganz gut, dass es so ist.

*I: Das die Apotheke das jetzt macht?*

Frau D: Ja. Das, das die Apotheke macht, weil sonst hätten wir wahrscheinlich immer irgend wie, also dann hätte ich schon müssen mit Mitarbeitern ein bisschen reden müssen, also hier müsst ihr euch mal ein bisschen ran halten oder so. Aber ich weiß nicht, ich habe das auch jahrelang gemacht, gut und man hat das doch dann irgendwie im Kopf, ich brauche dann keine Akten mehr, klar muss man eine Akte stellen klar, aber das weiß man eigentlich, sage ich mal so jetzt, man weiß dann schon oder es fällt einem eher auf wenn dann mal irgendwo eine falsche Pille drinne liegt, dann weiß man ohne das man weiß das man ohne irgendeine Dokumentation haben muss, weiß man, also ich wüsste es genau von dem Medikamententypus von der Farbe genau der Pillen was der kriegt jetzt. Die einzelnen Medikamente, die hätte ich im Kopf gespeichert sage ich mal so, also es fällt mir nicht schwer das zu wissen, von den Bewohnern, was der Früh, Mittag und Abend kriegt. Und jetzt, jetzt mache ich das nicht, also ich habe, also ich fühle mich jetzt so ein bisschen unsicher, weil jetzt nicht weiß wie welche Pille zu welchem Namen sage ich mal, sagt mal jetzt ein Medikament, Musodonin oder so, ich weiß jetzt nicht wie das Medikament aussieht, das wüsste ich aber.

*I: Wenn sie es selber machen?*

Frau D: Wenn ich es selber machen würde und mir persönlich, na ja ich muss immer nach gucken oder wenn ich was wissen will, dann muss ich halt immer in die Akte gucken, das könnte die Tablette sein und das könnte die Tablette sein und die sein und so und sonst wüsste ich das aus dem Stehgreif. Sage ich mal und na ja man, wir müssen uns daran gewöhnen, es ist halt so. Sage ich mal so. Aber das ist jetzt so persönlich für mich, wo ich jetzt so ein bisschen ein Unsicherheitsgefühl habe. Ich muss es halt austeilen, sage ich mal

so, ich weiß nicht ob es stimmt aber es muss ja stimmen, die Apotheke hat es ja gemacht. Das muss ja stimmen.

*I: Und den anderen Mitarbeitern geht das denen ähnlich?*

Frau D: Ach nein, das denke ich nicht. Die sind froh, dass es weg ist.

*I: Und die Zeit die sich da erspart hat wofür wenden sie die auf?*

Frau D: Ja das ist jetzt Nachtdienst, da kann ich jetzt gar nichts so drüber sagen, eben muss ich mal so sagen. Ich denke mal schon, dass die Fachkraft viel Pflegeplanung in der Zeit viel schreibt, was sonst so in der Freizeit machen und wir haben jetzt in der Nacht viele Reinigungsarbeiten, man muss das Dienstzimmer putzen.

*I: Warum? War das früher anders?*

Frau D: Na ja das war auch schon, sagen es wir mal so, da haben wir das dann versucht, so ein bisschen 1-Euro-Jobber, das die das machen.

*I: Was machen die da?*

Frau D: Die Arbeitsflächen putzen und so weiter. Reinigungsarbeiten sind schon, hier die ganze Wäsche auffüllen und mal so die Nebentätigkeiten. Ja und dann da mit dem Bewohner ich denke einmal können sie sich schon ein bisschen mehr Zeit nehmen, weil eben viele Bewohner in der Nacht rauskommen, sagen ich habe noch kein Abendbrot gekriegt und so weiter und wo sie, das haben sie erst auch gekriegt, aber wo sie jetzt alles ein bisschen ruhiger angehen können. Ich denke mir das ist schon günstiger. Und wo sie sich auch mal hinsetzen können und sagen können und mal reden können und das die Bewohner einfach auch dadurch ruhiger bleiben. Also ich denke mal schon das das in der Hinsicht doch ganz gut ist.

*I: Um noch einmal auf die Reinigungsarbeiten zurück zu kommen, das haben vorher 1-Euro-Jobber gemacht und jetzt?*

Frau D: Na ja das ist so, die müssen ein bisschen Staubwischen und so, im Dienstszimmer Staubwischen, die Spüle sauber machen, das müssen offiziell schon der Nachtdienst machen aber sage ich mal so, wir haben jetzt auch zwei gute 1-Euro-Jobber, sage ich mal so, die sind wirklich so gut, die könnte man auch, die haben auch einen so guten Umgang mit den Bewohnern, wo man sagen könnte, wenn wir mal niemanden haben als Hilfskraft oder so, da könnte man dort jemanden nehmen. Da haben wir so gewisse Arbeiten, die nehmen die uns auch schon ab. Die sie ja, sage ich mal, so offiziell nicht machen dürfen. Aber sie gehen auch viel mit den Bewohnern spazieren, jetzt wenn so ein Wetter ist, das sie dann viel raus gehen können, also wenn natürlich schlechtes Wetter ist, dann können sie ja so nichts weiter machen, dann machen sie das und das wird dann immer aufgeschrieben und übergeben, was gemacht ist und so weiter.

*I: Ja, da habe ich eigentlich alle Fragen beantwortet bekommen. Danke für die Zeit die sie sich genommen haben und für die Information.*

**Interview Nr. 18: I (Interviewer), Frau Y (interviewte Bewohnerin)*****Biographische Angaben***

*I: Darf ich sie fragen wie alt sie sind?*

Frau Y: Ich werde 89.

*I: Und wie lange wohnen sie schon hier im Haus?*

Frau Y: Hier wohne ich Anfang Februar 2 Jahre und früher war ich erst 5 Jahre in F.

*I: Und warum sind sie hier hergezogen?*

Frau Y: Ja ich habe meine Verwandtschaft hier und wenn die mich in F. besuchten, dann waren die wenigstens 6 Stunden unterwegs. Gerade sonnabends oder sonntags ist so Verkehr auf den Straßen. Und das war so umständlich. Und hier können sie eher mal kommen, aber ich merke auch nichts davon, dass sie eher kommen. Die eine hat ein Haus zu versorgen und da hat sie Arbeit und die andere ist in X Krankenschwester, bei der gehen sie arbeiten, dann kommen sie nach Hause, dann gehen sie einkaufen und dann ist der Tag rum, so muss man das sagen. Ich habe gedacht sie kommen hier öfter, aber da wird auch nicht viel öfter. Sie wollen nun ja am Sonntag wieder kommen.

*I: Da wird schon jemand vorbei kommen und sie besuchen.*

Frau Y: Nun ja, jetzt konnten sie nicht, in dem einen Haus, was meiner Großnichte gehört das, da war eine Wohnung freigeworden, da war eine Verwandte gestorben und da wollen sie die Wohnung, das sind 4 Zimmer vermieten und wer mietet heute eine Vierzimmerwohnung? Und da haben sie es jetzt so gemacht, das sie einen Mieter gefunden haben, die haben zwei Kinder, bei denen scheint es auch mit dem Geld nicht immer so knapp zu sein und da mieten sie die ganze Wohnung und da haben sie jetzt immer paar Sonnabende oder Sonntage immer ausgeräumt und da stehen die Möbel noch drinnen, die hatten immer Arbeit, wenn sie da waren, die Tage waren immer besetzt.

***Fragen zu Situationen und Verhaltensweisen von Personen an denen Qualität sichtbar wird: Beschreibung positiver critical Incidents***

*I: So, da habe ich eine Frage. Können sie mir eine Situation beschreiben in der sie gut gepflegt und betreut wurden?*

Frau Y: Eine Situation wo ich gut gepf... ja. Krank gewesen bin ich nicht, außer mal den Schnupfen oder tut mal der Hals weh, davon spricht man gar nicht mehr, aber so ich war nicht so ernstlich krank. Die Beine, die Beine, da habe ich so meine Beschwerden. Die Beine werden immer dicker, das Alter nimmt auch zu und da wollen eben die Strümpfe gar nicht mehr passen. Die haben für mich nun schon die größte Größe schon besorgt, die Frau Doktor T. hier von S., aber die werden auch schon zu enge. Aber was wir dann machen werden? Wir haben gedacht eine Sondergröße anfertigen zu lassen, aber da muss der Arzt erst wieder geholt werden und das muss er untersuchen, nun das ist alles umständlich. Nun werden wir sehen wie es weitergeht. Und so ist es eben auch mit dem Licht. Auf dem linken Auge sehe ich gar nichts, ist ein künstliches Auge und auf dem Rechten nicht viel. Noch 46% Augenlicht habe ich.

*I: Und können sie mir eine Situation aus ihrem ganz normalen Alltag beschreiben wo die Pflegekräfte gut mit ihnen umgehen?*

Frau Y: Ja ich muss sagen, wenn man jemanden braucht, natürlich überall können sie auch nicht gleich sein, da klingelt es hier zu viel, aber ich habe auch noch keine Hilfe groß gebraucht.

*I: Und wann brauchen sie mal Hilfe?*

Frau Y: Na wenn beim Essen, aber da ich esse immer nicht so viel, muss ich sagen. Ich bin ein bisschen mäkelig mit dem Essen, alles schmeckt mir nicht, da geht es eben zurück. Ich sage immer, ich lass euren Schweineln was zu Gute kommen.

*I: Wie verhalten sich da die Pflegekräfte?*

Frau Y: „Na ja sie denken eben an die Schweine“. Na ja, ach die werden auch nicht unfreundlich, was sollen sie den machen, wenn ich es nicht esse geht's eben zurück und kommt in den Schweineeimer. Da können sie sich nicht erst mit jedem lange aufhalten.

*I: Und was denken sie, warum die da nicht weiter zu ihnen sagen? Oder da?*

Frau Y: Das kostet bloß Zeit und ich esse es ja doch nicht. Erstens mal will ich nicht mehr soviel essen und ich nehme aber auch nicht ab. Ich habe so meine 190 Pfund ich werde nicht schlanker.

*I: Aber sie sehen doch gut aus. Sie müssen doch gar nicht abnehmen.*

Frau Y: (lacht) Ach ich will mal sagen, wenn man so schwer ist, das ist nicht gut für die Gelenke, Beingelenke. Für alles ist es nicht gut, wenn man nicht abnimmt.

### ***Beschreibung negativer critical Incidents***

*I: Können sie mir eine Situation beschreiben in der sie eher schlecht betreut wurden?*

Frau Y: Also schlecht betreut das könnte ich nicht sagen.

*I: Oder wo etwas eher problematisch oder schwierig war mit einer Pflegekraft?*

Frau Y: Nein ich habe so weiter noch niemanden gebraucht. Wo ich Hilfe brauchte und wenn ich so draußen bin, zeitlich passt das schon immer, klingeln tue ich gar nicht mehr, wenn ich klingeln tue, muss man mit unter noch länger warten, wenn eine Schwester hier vorbei rennt, hier sag ich, kommen sie mal her, ich komme hier nicht mehr rein und da sage ich eben was ich will und da ist gut.

*I: Warum müssen sie länger warten, wenn sie klingeln?*

Frau Y: Ja die haben die vielen Patienten zu betreuen und das sind meistens, wie nennt man das, Oberhalsschenkelbrüche und dann überhaupt Knochenbrüche oder dann ganz schlecht die immer nur sitzen, die Paar, die eine hat bloß einen Fuß, die hat den Fuß abgenommen und die hier neben an, die hat auch bloß einen Fuß und da, klar natürlich müssen dort immer zweie hingehen, die eine hält sie und die andere wäscht und so ist das so da, und da muss man eben auch ein bisschen zurück treten und das mache ich auch und da habe ich auch keine Beschwerden damit und da warte ich eben und wenn sie da fertig sind, dann sagen sie mir und dann gehe ich rein hier in den Waschraum. Nein so kann ich mich nicht beklagen, dass ich da lange warten müsste oder dass sie unfreundlich wären, nein das sind sie nicht.

***Fragen zur Qualität in der Einrichtung: Einschätzung der Pflegequalität in der Einrichtung***

*I: Was ist Ihnen in der Pflege und Betreuung wichtig?*

Frau Y: Pflege und Betreuung? (Kurze Pause)

*I: Was ist wichtig, was die Pflegekräfte mit Ihnen machen?*

Frau Y: Die baden mich alle 14 Tage oder 3 Wochen, wie sie nun gerade Zeit haben, nun jetzt durch die vielen Feiertage, da haben sie mich glaube ich alle 3 Wochen gebadet glaube ich, sonst ist es immer alle 14 Tage.

*I: Ist das ausreichend für Sie? Würden Sie lieber öfter baden wollen?*

Frau Y: Ach nein das reicht doch, wenn ich so alle 14 Tage mal baden kann, ist auch gut. Ist eben nur durch die Feiertage, da haben manche wieder mal frei, na ja aber sonst. Ich brauche keine Pflege. Ich mache mir mein Bett selber und.

*I: Und Betreuung, brauchen Sie Betreuung?*

Frau Y: Nein, es wurden die Gardinen gewaschen, das macht der Hausmeister und dann habe ich die Blumen aus dem Fenster genommen und das war alles.

*I: Was hat denn sich geändert hier im Haus in der Pflege und Betreuung seit Sommer letzten Jahres?*

Frau Y: Geändert, was soll sich da ändern? Ich meine die Kranken, ich weiß ja nicht wie es bei den Kranken ist, ich sehe es nicht, ich höre ja nur.

*I: Haben Sie was gehört, ob sich was geändert hat?*

Frau Y: Nein, nein und die Schwestern, wenn die sich unterhalten die sprechen leise in dem Schwesternzimmer vorne und ich stelle mich auch nicht vor die Tür und horche, also das mache ich auch nicht.

*I: Warum sprechen die leise?*

Frau Y: Na ja müssen ja auch nicht immer alle hören. Es ist ja, so viele sind ja mit dem Kopf nicht mehr so klar, die hören wo was, aber was die dann alles weitererzählen. Die eine hat das gehört, die andere hat das gehört, ich glaube die hat gesagt, mir war's als hätte die, nein, die hat so gesagt. Also.

*I: Das passiert so?*

Frau Y: Ach natürlich. Ja sind doch viele die im Kopf doch gar nicht mehr klar sind.

*I: Gab es da mal ein Problem mit den Menschen?*

Frau Y: Denen gehe ich aus dem Weg, den gebe ich dann immer Recht, jawohl sie haben Recht. So ist das, ja so war's und so weiter. Die eine erzählt immer das sie 10 Kinder zu Hause waren und der Vater ist in den Busch gegangen, der hat Holz gemacht und die Mutter hat geschneidert und dann geht das wieder von vorne los. Da hört man sie sich einmal an, die ist froh, wenn sie jemanden findet der ihr so zu hört.

*I: Personal hört da nicht zu? Also findet die Frau eher unter Bewohnern Zuhörer?*

Frau Y: (kurze Pause) Wie meinen Sie das?

*I: Hören die Pflegekräfte nicht so zu, weil die Frau ihnen das erzählt?*

Frau Y: Ach die haben gar keine Zeit dazu, die rennen hin und her und sind hier und da und die haben ja auch immer zu laufen, da haben sie ihre Räume, wo sie ihre Geräte drinnen haben, also da kommen die gar nicht dazu.

*I: Was hat den sich in der Beziehung zu den Pflegekräften geändert seit letztem Jahr?*

Frau Y: Also ich muss sagen, öfter gewechselt, ein Paar kommen nicht mehr oder die eine ist auch in Rente gegangen und die anderen wo die geblieben sind, das weiß ich nicht. Wir haben öfters mal eine Neue da und ich sehe sie ja nun schlecht also da.

*I: Ist das schwierig?*

Frau Y: Das ist schwierig ja, wenn man sie nicht so sieht und ich werde auch vergesslich ich kann mir den Namen nicht mehr merken. Das ist bei mir, ich sage schon immer Schwester zu jeder.

*I: Und wie empfinden sie das, wenn immer wieder mal ein paar Personalwechsel sind?*

Frau Y: Ach ich will mal sagen, die sind dann schon einmal wo anders gewesen und die kennen die Gänge schon, das kennen die schon, das haben die so inzwischen gelernt. Aber sonst?

*I: Stört es sie, dass das Personal so oft wechselt und dass immer mal Neue kommen?*

Frau Y: Ach die sind genauso freundlich, genauso freundlich. Bringe ich ihnen gleich, ich sage kann ich noch eine Tasse Kaffee, ja ja ich komme gleich, ich will noch schnell dem Kaffeetisch geben und dann bringen sie dann schnell.

***Fragen zur Qualitätsentwicklung: Entwicklungen, Veränderungen und Ereignisse durch das Qualitätsmanagement***

*I: Können sie besondere Veränderungen, Entwicklungen beschreiben, die hier im Haus passiert sind, wo sie beteiligt waren?*

Frau Y: Ja wir hatten jetzt mal ein Konzert, das war auch gut, das waren Tschechen.

*I: Aha.*

Frau Y: Ja.

*I: Waren die hier im Haus?*

Frau Y: Die kamen von auswärts. Das waren alles Leute die Musik studiert hatten. Der eine in X, die sprachen auch gebrochen deutsch, aber man konnte es verstehen und der andere, das war ein sehr guter Geiger. Ja. Und dann kommt ab und zu mal ein Kindergarten. Ich sehe die Kinder nun nicht, wenn die hüpfen und springen, aber man hört es so, also da ist. Ich gehe mit hin, man hört es so, wenn sie singen und wenn sie so was, aber ich sehe nicht was sie vorführen, das sehe ich nicht.

*I: Warum waren die Musiker da?*

Frau Y: Die Musiker waren voriges Jahr schon mal da, die sind auch sehr besetzt, ja.

*I: Und der Kindergarten kommt auch öfters mal?*

Frau Y: Öfters, ja.

*I: Und machen sie so Ausfahrten mit?*

Frau Y: Ausfahrten? ich weiß gar nicht werden noch Ausfahrten gemacht, ich mache keine mehr, weil ich nichts sehe und das Auto rast so durch die Gegend. Ich sehe nur, wo ein Schild ist, wo der Ort dran steht, aber das kann ich gar nicht lesen! Nein ich mache das nicht mehr mit!

*I: Bekommen sie eigentlich mit als Bewohner, wenn sich hier im Haus was ändert? In der Organisation oder bei den Mitarbeitern?*

Frau Y: Nein, also ich kriege da nichts mit.

*I: Wissen sie was darüber, das die Mitarbeiter jetzt mehr am Computer arbeiten müssen, so Pflegedokumentation haben sie was gehört davon?*

Frau Y: Nein, solche Dinger haben sie, wie heißen die gleich?

*I: Computer?*

Frau Y: Ja Computer, die hatten jetzt wieder einen Lehrgang hier, aber ich weiß gar nicht was ein Computer ist? Ich habe noch gar keinen gesehen und was da besprochen wird, das weiß ich dann gar nicht.

*I: Kriegen sie als Bewohner was mit, das das Medikamentenbestellsystem geändert wurde? Also das die Apotheke jetzt ihre Medikamente setzt und nicht mehr die Schwestern?*

Frau Y: Ach wenn ich was brauche, das sage ich der Schwester und in paar Tagen ist es da, das dauert nicht lange.

*I: Das kriegen sie so?*

Frau Y: Ja. Das kriegt man so. Ob das nun hergebracht wird oder ob die das holen, das kann ich ihnen nicht mal sagen. Die Frau X fährt ja öfters mit dem Auto nach S., die hat ja da auch zu tun auf die Behörden, wo sie hin muss und da bringt sie es mit, nehme ich an und bringen sie es mir ran hier, die Salbe ja.

*I: Was würden sie sagen, macht eine gute Pflege und Betreuung aus?*

Frau Y: Ach das macht schon aller Hand aus.

*I: Was genau? Oder was ist eine gute Pflege und Betreuung?*

Frau Y: Das kann ich ihnen gar nicht mal sagen. Freundlich und ich weiß gar nicht wie ich mich da ausdrücken soll? Also ich kann da nicht klagen, weil ich keine Pflege brauche. Was geht mache ich mir selber. Denn ich, das ist durch mein schlechtes Augenlicht, ich weiß gar nicht, wo ich meine Sachen alle habe. Wenn ich was brauche, das muss ich mir selber suchen bis ich es finde. Denn man räumt auch einmal um. Und das ist immer das schlechte. Wo habe ich das hingetan?

*I: Ach die Pflegekräfte räumen das dann um?*

Frau Y: Nein, das mache ich selber.

*I: Ach sie räumen um?*

Frau Y: Ich weiß, wo ich es ablege, denn gerade hier in dem Wäschefach da habe ich drei Fächer Nachthemden und da weiß ich immer nicht mehr welche langärmelig und welche kurzärmelig, da will ich mir immer die Ärmel suchen.

*I: Helfen ihnen da die Pflegekräfte was zu finden?*

Frau Y: Nein, da will ich gar niemanden dabei haben.

*I: Ach so, ja.*

Frau Y: Denn die stehen mir bloß im Wege und da nehme ich die Stühle hier und da kommen hier die langärmlichen und hier die kurzärmlichen her, dann setze ich mich wieder mal, na ja geht alles langsam, aber man hat ja auch Zeit. Und da mache ich mir das so nach und nach selber.

*I: Ja ich bin mit meinen Fragen dann, am Ende. Ich danke ihnen für das Gespräch und dass sie sich die Zeit genommen haben.*

Frau Y: Na ja freilich klar. Dann gibt's Kaffee wieder.



**Interview Nr. 19: I (Interviewer), Frau W (interviewte Bewohnerin)**

***Biographische Angaben***

*I: Darf ich Sie fragen, wie alt sind Sie?*

Frau W: (Kurze Pause) 89.

*I: Und wie lange wohnen sie schon hier im Haus?*

Frau W: Nun 1 und ¼ Jahr.

***Fragen zu Situationen und Verhaltensweisen von Personen an denen Qualität sichtbar wird: Beschreibung positiver critical Incidents***

*I: Und können sie mir eine Situation beschreiben in der sie gut gepflegt und betreut wurden hier im Haus?*

Frau W: Werde ich immer!

*I: Werden sie immer. Was machen so die Pflegekräfte bei Ihnen?*

Frau W: Nu alles. Die tun das regeln und die nehmen mich zum Essen mit und...(kurze Pause)

*I: Geht es Ihnen nicht gut? Sollen wir aufhören?*

Frau W: Nein, nein geht schon.

*I: Ich möchte nicht dass sie traurig sind, wenn sie nicht möchten, dann gehe ich wieder!*

Frau W: Bin ich immer.

*I: Sie sind immer traurig? Geht es ihnen schlecht?*

Frau W: Nein!

*I: Können Sie beschreiben, wie sich die Pflegekräfte Ihnen gegenüber verhalten, wenn Sie sie zum Essen mitbringen?*

Frau W: Sind sehr freundlich und...

*I: Sehr freundlich. Und sprechen die mit Ihnen?*

Frau W: ja.

*I: Was sagen die da so?*

Frau W: Na Frau K. das wird schon werden wieder und so.

*I: Also sie machen ihnen Mut?*

Frau W: Ja!

*I: Und was denken sie, warum sind die Pflegekräfte so zu Ihnen?*

Frau W: Die sind nett zu mir. Die sind zu anderen auch so.

*I: Also die sind immer freundlich?*

Frau W: Ja!

*I: Und wie fühlen sie sich so, dann danach, wenn die sie zum Essen bringen und mit ihnen sprechen?*

Frau W: Na ja, ich freue mich natürlich das sie sich um mich kümmern.

***Beschreibung negativer critical Incidents***

*I: Können Sie mir eine Situation beschreiben wo sie schlecht gepflegt wurden oder die nicht so...?*

Frau W: Kann ich nicht!

*I: Können sie nicht! Sie werden immer gut betreut!*

Frau W: Ja!

*I: Was ist ihnen wichtig, was die Pflegekräfte mit ihnen machen?*

Frau W: Ich bin schon froh wenn sie mir sagen wie die Sache steht und wie alles ist so.

*I: Machen die das auch?*

Frau W: Ja.

*I: Also sie wollen immer informiert werden über ihren Zustand und was gemacht wird?*

Frau W: Ja.

***Fragen zur Qualität in der Einrichtung: Einschätzung der Pflegequalität in der Einrichtung***

*I: Und was macht eine gut Pflege und Betreuung aus?*

Frau W: Ich denke für die alten Leute ist es gut.

*I: Was muss da gut sein?*

Frau W: Na ja wenn sie so, wie soll ich das sagen... wenn sie so lieb zu uns sind.

*I: Woran merken sie das, dass die lieb zu ihnen sind?*

Frau W: Nun das merk ich doch wenn sie, nun das merkt man doch, wenn ein Mensch böseartig ist oder gut ist oder es gut meint.

*I: Und können sie mir sagen was sich verändert hat hier im Haus, in der Pflege und Betreuung seit letztem Jahr?*

Frau W: Kann ich nicht.

*I: Hat sich nichts verändert oder können sie mir nichts sagen?*

Frau W: Nein hat sich nichts verändert!

*I: Und in der Beziehung zu den Pflegekräften hat sich da was verändert?*

Frau W: Auch nicht.

*I: Es ist immer noch so geblieben die Beziehung oder ist die intensiver geworden oder?*

Frau W: Wissen Sie die Patienten sind manchmal sehr, sehr böse. Da gehen sie halt so drüber weg und da lassen sie es halt.

*I: Also die lassen das so an sich abprallen?*

Frau W: Ja

*I: Finden sie das gut?*

Frau W: Ich finde es ganz gut.

*I: Gibt es besondere Bewohner die so böse sind zu den Pflegekräften?*

Frau W: Ja, sind doch schon da.

*I: Was machen da die Pflegekräfte?*

Frau W: Die (Bewohner) schimpfen sie und machen se, die gehen so drüber weg. Ich könnte es nicht machen.

*I: Warum nicht?*

Frau W: Weil mich das ärgern würde, wenn man schon alles macht und dann sind se noch so eklig.

*I: Aber die Pflegekräfte nehmen das einfach so hin und sind dann trotzdem freundlich?*

Frau W: Ja.

*I: Und sonst in der Beziehung, hat sich da was geändert zwischen ihnen und den Pflegekräften?*

Frau W: Nein, nichts.

***Fragen zur Qualitätsentwicklung: Entwicklungen, Veränderungen und Ereignisse durch das Qualitätsmanagement***

*I: Haben sie irgendwelche Ereignisse mitbekommen hier im Haus oder Projekte die hier durchgeführt werden, wo sie als Bewohner einbezogen werden?*

Frau W: Nu das vielleicht, wie zum Beispiel wir gehen Mittwoch immer Kartoffelschälen, aber alle. Wer will halt. Tun niemand zwingen, wer will halt.

*I: Und das ist etwas, was sie interessiert, was sie gerne machen?*

Frau W: Na ja freilich, behilflich sein kann man ja.

*I: Das ist doch schön.*

Frau W: Wenn man kann!

*I: Und wie verhalten sich da die Pflegekräfte ihnen gegenüber, wenn sie Kartoffeln schälen oder wie geht das? Was wird da gemacht?*

Frau W: Ich find das gut. Manchmal gehen sie auch mit, welche. Welche müssen sich wieder um die anderen kümmern, die bleiben, die oben bleiben

*I: Und das wird immer mittwochs gemacht, jeden Mittwoch?*

Frau W: Mittwochnachmittag immer, außer wir haben etwas vor oder die haben was vor. Das ist selten mal, dass es verschoben wird.

*I: Und haben sie Veränderungen bemerkt die auf die Hausorganisation bezogen sind oder bei den Mitarbeitern selber?*

Frau W: Nein.

*I: Und was machen sie direkt wenn sie Kartoffeln schälen? Sind da noch mehrere Bewohner mit dabei?*

Frau W: Viele!

*I: Viele? Und kochen sie die Kartoffeln dann auch?*

Frau W: Nein, nein, das ist für die Küche.

*I: Ach so für die Küche, und die verwendet die dann den nächsten Tag für ihr Essen?*

Frau W: Ja.

*I: Ja, das ist doch schön! Also gibt's dann Donnerstag s immer was mit Kartoffeln zu essen?*

Frau W: Oder einen anderen Tag, die haben sie ja ein Kühlhaus.

*I: Aha. Und das macht ihnen Spaß?*

Frau W: Freilich, wenn man kann mit helfen. Man ist ja froh, wenn man was machen kann.

*I: Was machen sie eigentlich sonst noch so Tags über?*

Frau W: Nichts.

*I: Wird da irgendetwas angeboten an Beschäftigung?*

Frau W: Die bieten uns nichts an.

*I: Die bieten ihnen nichts an? Was würden sie den gerne machen zum Beispiel?*

Frau W: Nu ja ich weiß ja nicht was se gerade zu tun haben oder so, haben sie uns noch nichts angeboten.

*I: Was würden sie den gerne machen wollen, was sollte den einfach so als Angebot kommen?*

Frau W: Nu ja ich weiß es nicht. Die Schwestern haben halt auch ihre Arbeit, aber uns haben sie noch nicht einbezogen.

*I: Noch nicht einbezogen. Aber unten werden doch immer solche Treffen gemacht wo sie basteln oder...*

Frau W: ja das machen wir schon. Da gehen wir schon alle. Ich zum Beispiel nicht gerade aber ansonsten bin ich schon mitgegangen. Machen Sport, Machen schon verschiedene Sachen.

*I: Aber sie würden gerne auch mal was anderes machen?*

Frau W: Basteln oder Blumen machen das ist schon schön.

*I: Und sie meinen doch, dass die Pflegekräfte ihnen nichts anbieten?*

Frau W: Was sollen sie uns anbieten, was sollen wir machen?

*I: Ja weiß ich nicht, was würden sie den gerne machen?*

Frau W: Ja ich weiß es ja auch nicht ob sie was zu tun haben oder nicht, wenn sie vielleicht was hätten würden sie uns vielleicht sagen oder ich weiß es nicht.

*I: Sind die Pflegekräfte immer unterwegs, sehen sie die nicht oft?*

Frau W: Öfters nicht, die tun ja alle betreuen.

*I: Wie oft kommen die immer zu ihnen ins Zimmer?*

Frau W: Nu wie jetzt zum Beispiel wo ich nicht so kann wie ich will, da kommen sie öfters

*I: Und sonst haben sie viel alleine machen können?*

Frau W: Na ja freilich.

*I: (kurze Pause) Soll ich sie mit vornehmen zum Kaffeetrinken, dann?*

Frau W: Ne ich komme schon vor. Ich nehme den Stecken oder da haben sie mir so ein Wägle gebracht.

*I: Haben sie schon ausprobiert damit zu fahren? Und klappt es?*

Frau W: ja...

*I: Das ist schön. (kurze Pause). Ja ich würde mich bedanken für das Gespräch und danke das sie mir einfach die Fragen beantwortet haben.*

Frau W: Ja Hauptsache sie sind zufrieden.

**Interview Nr. 20: I (Interviewer), Frau U (interviewte Mitarbeiterin)*****Fragen zu Situationen und Verhaltensweisen von Personen an denen Qualität sichtbar wird: Beschreibung positiver critical Incidents***

*I: Sie hatten eine Ausbildung gemacht letztes Mal, wo ich sie gefragt hatte?*

Frau U: Ja genau.

*I: Und sie haben bestanden?*

Frau U: Ja genau.

*I: Herzlichen Glückwunsch! Ich habe jetzt allgemein erst einmal ein paar Fragen so aus dem Arbeitsalltag. Welche auffallenden Situationen aus dem Arbeitsalltag der letzten Tage sind Ihnen in Erinnerung geblieben und können Sie mir da eine beschreiben, wo etwas besonders gut mit einem Bewohner abgelaufen ist?*

Frau U: Nun mit unserer 100 jährigen, die haben wir jetzt jeden Tag draußen gehabt und irgendwie wenn man gekommen ist, hat sie immer gerufen „Oh jetzt kommt einer, das freut mich.“ Irgendwie, die merkt nicht wer es ist, aber in den letzten Tagen ist sie gut drauf, jeden Tag jetzt eigentlich und freut sie sich, wenn man sich mit ihr beschäftigt, was jetzt sonst die Tage eigentlich nicht so war, wo wir eher so ein bisschen gedacht haben, na und das ist jetzt eben wieder anders rum und das ist ein bisschen schön.

*I: Und wie verhalten Sie sich der Frau gegenüber?*

Frau U: Eigentlich ganz normal, als ob wir halt ihr Besuch sind und uns freuen sie zu sehen, ich persönlich ich freue mich, das muss ich dazu sagen, eben ein bisschen herzlich, ach du bist doch die und die. Ja bin ich, schön das ich mal zu ihnen kommen kann und so.

*I: Erkennt die Frau Sie?*

Frau U: Nein. Es ist zwar jemand der es gut mit ihr meint aber sie weiß nicht wer, die weiß auch nicht wer die Kinder sind, wenn sie kommen.

*I: Und warum verhalten Sie sich der Frau so gegenüber?*

Frau U: Mmm. Ich sage es jetzt mal ganz gemeine, erstmal weil wir es gelernt haben mit der Validation und zweitens ich weiß nicht es geht einfach. Also ich tue da nie jetzt auch nicht bei den anderen Dementen, wenn die sagen ach du bist doch die E., ja klar bin ich die E., nu.

*I: Ist das gemein, weil sie es vorhin sagten?*

Frau U: Das ist nicht gemein, das ist auch nicht irgendwie gespielt oder was, das kommt einfach.

*I: Und das Ergebnis durch ihr Verhalten ist dann?*

Frau U: Die ist ruhiger, die ist freundlicher, die ist ruhiger überhaupt die ganzen Dementen. Wenn man da nicht so eingeht, wenn man sagt ja Frau XY ich bin eben die E., da sind die zufrieden, als wenn ich jetzt sagen würde nein ich bin nicht, ich bin doch die Schwester L., das verstehen die nicht mehr und halt eben auch die 100 jährige. Das weiß die dann nicht mehr gerade wenn sie Alzheimer haben und da geht man auf sie ein und da

sind die ruhiger und die sind zufrieden und wir auch letztendlich. Und wir haben keinen Stress und die Leute haben auch keinen Stress.

***Beschreibung negativer critical Incidents***

*I: Und gibt es eine Situation die nicht so gut abgelaufen ist zwischen Ihnen und einem Bewohner, die eher belastend war?*

Frau U: Nein in letzter Zeit nicht. Und zuvor hatte ich Nachtschicht und 2 Wochen Urlaub. Nein jetzt die Woche nichts, nein gar nichts, nein.

*I: Und in der längeren Vergangenheit?*

Frau U: Wird sicherlich was gegeben haben, aber das nimmt man ein bisschen als gegeben hin, weil ist ja auch nicht gerade wie bei den Leuten nicht jeder Tag ein wie der andere, man hat ja auch nicht jeden Tag, sage ich mal immer nur gute Laune, man bringt ja auch Probleme und alles von zu Hause auch mit, ganz ausschalten kann man nicht, aber so direkt so was Extremes nein. Wüsste ich jetzt nicht.

*I: Merken das die Bewohner eigentlich, wenn sie nicht ganz abschalten können?*

Frau U: Das ist schwer zu beantworten. Ich würde sagen teils, teils. Also direkt Demente merken das irgendwas ist, die können das nicht definieren was ist aber die merken das, gerade wenn sie oft im Dienst sind, ich sage jetzt mal wenn sie so eine Rhythmus von 7-8 Diensten haben und beim fünften oder sechsten Dienst war irgendwas, die merken dann es ist irgendwas anders. Die anderen, ich würde sagen eher nicht. Also Stimmungsschwankungen merken die extrem die Dementen.

*I: Und entgegenen die ihnen dann auch was oder?*

Frau U: Die ziehen sich entweder zurück oder werden aggressiv je nach dem wie sie selber in der Stimmung sind, also bei Dementen müssen sie jetzt ganz toll aufpassen, wenn jetzt massive Probleme oder irgendwas haben, was weiß ich wenn eben zu Haus was passiert oder was, das man sagt geh du heute mal dort und dort hin. Das man wirklich Leute nimmt wo man weiß gut o. k. die merken das nicht wie ich heute drauf bin.

***Fragen zur Qualität in der Einrichtung: Einschätzung der Pflegequalität in der Einrichtung***

*I: Jetzt habe ich ein paar Fragen so allgemein zur Qualität hier in der Einrichtung. Woran machen sie Qualität in der Pflege und Betreuung fest?*

Frau U: Eigentlich an der Zufriedenheit der Bewohner, der Angehörigen und unserer eigenen also wenn wir schon frustriert auf Arbeit kommen, weil wieder irgendwas nicht hinhaut, dann ist meine Meinung gar keine Qualität da nichts. Und wenn die Angehörigen kommen und nicht mal guten Tag sagen und an einem vorbei gehen, das ist das gleiche. Also der Hauptschwerpunkt ist wirklich die Zufriedenheit, gerade der Bewohner, die an aller erster Stelle.

*I: Und kommt das vor, das die Angehörigen vorbei gehen und ohne mit ihnen zu reden?*

Frau U: Ja, das gibt es. Also ich sage mal, es gibt keine schlimmen Heimbewohner, es gibt nur schlimme Angehörige. Es ist, es sind viele Angehörige die werden mit der Situation nicht fertig ich muss jetzt meine Mutti oder mein Vati, was auch immer in das Pflegeheim geben, Was werden die Leute sagen?, wer ist dran Schuld, die Schwestern, wir sind immer

greifbar, das ist so. Das wissen wir und damit müssen wir umgehen und damit können wir auch umgehen, wir reden ja miteinander und wir können ja auch hier mit der Leitung reden, das geht ja alles. Da ist eben auch ein Stückchen Qualität ich muss das nicht alles in mich rein fressen und zu Hause abladen, ich kann auch mit einem Kollegen sitzen und reden ich kann nicht mehr und „papap“. Und auch wenn der Herr J. dazu kommt und das man da auch reden kann.

*I: Und was macht eine gute Pflege und Betreuung aus?*

Frau U: Mmm. Auch wieder die Zufriedenheit der Bewohner, wenn die nicht zufrieden sind, dann habe ich irgendetwas falsch gemacht.

*I: Und wie erreichen sie die Zufriedenheit?*

Frau U: Das ist so eine Gradwanderung sage ich mal. Ein Lieger der jetzt nicht auf steht der nicht rauskommt, da haben wir ja auch etliche, die sind schon zufrieden wenn sie reinkommen und sich mal eine Minute Zeit nehmen. Mal über das Gesicht streichen und dann strahlen sie. Man sieht ja eine Reaktion, irgendeine kommt, definitiv. Schwierige Bewohner die versuchen dann natürlich ihren Stil und das war doch immer so, das ist so die Gradwanderschaft. Ich sage zu denen was wir machen können, was wir machen dürfen und was die Bewohner wollen so und suchen diesen goldenen Mittelweg. Meistens gelingt es aber es gelingt nicht immer. Das ist aber auch normal. Also wir können es nicht allen alles Recht machen das geht nicht, also da müssten wir immer bei 30 Bewohnern, 90 Schwestern haben, damit in jeder Schicht eine ist für jeden Bewohner, dann ginge das vielleicht.

*I: Was hat denn sich konkret in der Pflege und Betreuung geändert seit Sommer letzten Jahres?*

Frau U: Direkt geändert? (kurze Pause) Mmm. Schwierig. Kann jetzt so groß gar nichts dazu sagen. Weil wie gesagt wir betreuen die Leute so gut wie wir können und wir pflegen so gut wie wir können, wir kommen zusätzlich und machen, dem einen ist es recht und dem anderen, der sagt, wir machen immer noch viel zu wenig, also.

*I: Die Bewohner sagen das?*

Frau U: Die Bewohner, ja, beziehungsweise die selber Bewohner nicht, das sagen fasst immer die Angehörigen, eben das schlechte Gewissen von den Angehörigen.

*I: Und was sagen sie dann den Angehörigen?*

Frau U: Das ist auch wieder ein bisschen schwierig, meistens können wir das ja durch unsere Dokumentation auch wirklich belegen, das wir wenn sie achtmal klingelt auch wirklich achtmal im Zimmer waren, das ist ja nachzuweisen und das wir auch wirklich das machen was halt eben gemacht werden muss und auch noch ein bisschen zusätzlich. Also sage mal ich muss die Schnittblumen aus dem Zimmer nicht entfernen, das ist nicht meine Aufgabe, wenn die verwelkt sind und ich mache es halt eben doch.

*I: Und wer müsste es sonst machen?*

Frau U: Normalerweise sind für die Sachen im Zimmer dann die Angehörigen zuständig. Normal dürfen wir ja aus dem Zimmer gar nichts rausnehmen, also, Mülleimer und so das ist selbstverständlich, aber mal so, da kommt so ein XY, der bringt ein paar Blumen mit



und wenn der nächste Woche nicht kommt und die sind verwelkt, dann müssten die stehen bleiben oder halt die Leute selber machen und da sagen wir halt, da schmeißen wir sie weg, denn die sind eh schon verwelkt.

*I: Was hat sich konkret in der Beziehung zum Bewohner verändert seit letztem Jahr?*

Frau U: Die Bewohner seit letztem Jahr, da haben wir jetzt erstmal 1 oder 2 neue gerade in meinem Wohnbereich dazu bekommen, aber Beziehung, das wird intensiver, je länger die Bewohner da sind, sie lernen die mehr kennen und die lernen uns mehr kennen. Egal ob wir die schon von Mitarbeiter. mitgebracht haben, die schon 5, 6, 7 Jahre mit uns zusammen sind oder jetzt erst gekommen. Also über den langen Zeitraum das wird intensiver.

*I: Und woran merken sie die Intensität oder das es intensiver wird?*

Frau U: Es kommen Eigenheiten von den Leuten zu Tage nach einer längern Frist, als wie jetzt nach einem halben Jahr oder nach einem Jahr. Und das kriegen sie dann so ein bisschen mit, da sagst du dir hallo, das war doch noch gar nicht so richtig, und weil man die Leute dann auch eine gewisse Zeit kennt, kann man dann sagen, „Also Frau X Y, das haben wir doch sonst auch nicht gemacht, müssen wir das jetzt machen?“ Und dann geht das wieder. Wenn es was negatives ist, wenn es was positives ist dann, sagt man es anders herum, „Mensch das freut mich aber das sie das jetzt so machen und so“, eben wie gesagt dadurch, es ist halt eben wir haben ja eine Beziehung zu den Leuten, dadurch das wir fast alle jeden Tag da sind mehr oder weniger und die Leute eben auch jeden Tag da sind.

*I: Was hat denn sich in der Pflege und Betreuungsqualität verändert seit Sommer letzten Jahres?*

Frau U: Ist auch durch diese Intensität wie wir die Leute kennen lernen, wird das ja auch wieder spezieller bzw. auch wieder intensiver. Ich kann dort auf Eigenheiten eingehen die ich vor einem Jahr noch gar nicht wahrgenommen habe.

*I: Und worauf sind solche Veränderungen zurück zu führen, also dass sie jetzt mehr auf die Bewohner eingehen können?*

Frau U: Die Bewohner hier, die kommen hier her und sind erst mal fremd. Das Zimmer ist fremd es ist überhaupt alles fremd. Die gesamte Umgebung ist fremd, der Tagesablauf ist fremd, wir sind fremd, die Mitbewohner sind fremd und je länger die da sind um so mehr lernen die ihre Mitbewohner kennen und uns kennen. Und wir lernen uns praktisch gegenseitig alle kennen und können intensiver auf alles eingehen was die jetzt für Wünsche, Probleme, Sorgen also wie gesagt die lernen uns kennen. Und die wissen aha mit der kann ich eben 20-mal klingeln, ich weiß gar nicht warum ich geklingelt habe die sagt nichts und bei der anderen Schwester die sagt schon beim dritten Mal, das geht nicht sie müssen klingeln, wenn was passiert ist, es kann ja woanders jetzt was passiert sein. Nun das ganze Zwischenmenschliche, je länger die da sind um sehr prägt sich es ja auch aus auch in der ganzen Arbeit.

***Fragen zur Qualitätsentwicklung: Entwicklungen, Veränderungen und Ereignisse durch das Qualitätsmanagement***

*I: Können sie besondere Veränderungen und Entwicklungen beschreiben die hier im Haus passiert sind, Projekte, Ereignisse an denen sie beteiligt waren? Oder von denen sie gehört haben?*

Frau U: Ich selber bin ja jetzt seit dem ich fertig bin Mentor, mache dadurch die Schule mit und habe dadurch auch ganz viel mit den Schülern zu tun und kriege es in meinem Wohnbereich den Schülern entweder über die Kollegen oder sie trauen sich und sagen es mir direkt und sind ganz froh das ich es mache. Es war jetzt vom dritten Lehrjahr wie so eine kleine Zwischenprüfung, da hatte sie auch zur Ausbilderin gesagt, also die Frau D. ist streng aber gerecht. Das ist aber wirklich so. Und das ist das was auch für mich selber ein bisschen Ansporn ist weil, die sollen es ja richtig lernen. Die sollen ja richtige Altenpfleger sein und ich sage irgendwann bin ich diejenige die vielleicht von denen mal gepflegt wird denen die ich auch mal ausgebildet habe. Und wie gesagt wir haben jetzt auch viele neue Kollegen gehabt, das ist auch schwierig mit den Projekten, weil auch in letzter Zeit das Personal ein bisschen gewechselt hat.

*I: Und warum hat das Personal gewechselt?*

Frau U: Warum hat das Personal gewechselt? Probezeit nicht bestanden, nicht in das Team gepasst, so die ganz normalen Gründe, weil ja auch wirklich ein bisschen sieben, das sagt ja auch der Herr J., also wir wollen schon Leute haben die auch, wie man so schön sagt zu uns passen. Weil wenn sie jetzt Schwestern haben 2-3 wo sie sagen oh mit der muss ich wieder arbeiten, das bringt nichts, irgendwann leidet die Arbeit drunter und die Leidtragenden sind unsere Bewohner. Ich sage mal an ner Maschine, wenn ich ein Loch fräse, da ist das Holz halt nicht gerade gesägt sondern schräg, aber hier leiden die Bewohner drunter und deswegen sieben wir auch und haben wirklich in letzter Zeit auch ein bisschen nicht unbedingt das goldene Händchen gehabt. Im Bezug auf das Personal, auch häufig gewechselt jetzt.

*I: Und ich meine jetzt konkret, z. B. Pflegedokumentation oder Apothekenwechsel?*

Frau U: Ja Apotheke ja, das ist auf der einen Seite ist es gut, ich sag mir immer das ist ein Stück weg ein weniger Arbeit für uns. Wir mussten ja in der Nacht für 2 Wohnbereiche setzen und es klingelt ja und man hat ja auch noch andere Arbeiten. Das war schon ganz schön stressig. Auf der anderen Seite ist es wieder, wo man sagt ja und du weißt dann selber auch nicht mehr, haut das nun jetzt hin oder ist grün Pille oder ist die Pille gelb, weil man hat ja keine Veranlassung da gucken zu gehen. Wenn der Doktor jetzt irgendwas auf schreibt und die Apotheke sagt nein von der Firma ist es zu teuer wir nehmen die andere Firma und der Bewohner sagt aber die Pille war bis jetzt grün, jetzt ist es aber eine rote, sie müssen dann auch irgendwie reagieren können richtig wissen, wissen sie es nicht, und das heißt, sie müssen runter flitzen gucken, das ist manchmal das, und dann sagt der Doktor dann wie viel sind denn da noch in der Schachtel drinnen „Hm, Doktor ich runter und gucke.“ Das ist so was zweischneidiges, auf der einen Seite ist es gut das wir es so herum machen und auf der anderen....wobei ich der Meinung bin das das Gute doch ein bisschen überwiegt. Die Ärzte haben sich schon mittlerweile daran gewöhnt, das wenn sie fragen haben, wenn es Medikamente betreffen wie viel eben noch da sind, da müssen sie sich an die Apotheke wenden.

*I: Was ist den mit einer Zeitersparnis, gibt es eine Zeitersparnis nachts?*

Frau U: Gerade in der Nacht, sie können wirklich andere Sachen machen, gerade die Computereinführung, sie können wirklich jetzt nachts am Computer üben. Ich meine es müssen jetzt nicht alle, die mit den Computer gut umgehen können, der eine kann es, der andere kann es nicht und da ist eben die Nacht, wenn es da eben ein bisschen ruhig ist, kann man dran üben und wenn dann sage ich und wenn man bloß irgendwelche Texte eingibst damit man bloß damit zurecht kommt, schreibst und dann halt eben nicht speicherst und so bist du da unten gewesen und hast Medikamente gesetzt.

*I: Und gehen sie dann runter zu dem Computer oder hier oben?*

Frau U: Wir haben oben zweie. Einen Laptop und einen Festplatz

*I: Ist dann mehr Zeit übrig dadurch das sie nicht mehr ...?*

Frau U: Ein bisschen. Ein bisschen ist, gerade wenn eben nachts gesetzt wurde, da kannst du dann doch, weil wir immer noch mit Nachweiseblätter, also bei der Computereinführung immer noch mit Nachweisblättern ja noch arbeiten, die müssen auch vorgeschrieben werden irgendwann einmal und das ist eben ein bisschen Zeit das nachts zu machen. Am Dienstag war es wieder das man mal anfängt aufzuräumen, sortierst mal alles aus was nicht mehr gebraucht wird, das blieb alles auf der Strecke, das sind aber auch alles Arbeiten die irgendwann mal gemacht werden müssen. Am Tag ist keine Zeit und jetzt ist nun mal nachts ein paar Minuten und du kannst halt auch individuell und musst nicht jetzt nach meiner Klingel gucken der anderen Schwester, ich muss setzen oder was.

*I: Warum wurde das mit dem Apothekenwechsel gemacht?*

Frau U: Das machen viele Heime. Und der Herr X ist ja hier in dem Altenpflegerzirkel und da hat er sich so Anregungen geholt, was wir besser machen könnten, wo wir rein gucken könnten und wie gesagt nach Anfangsschwierigkeiten läuft es ganz gut.

*I: Und warum wird diese Pflegedokumentation eingeführt?*

Frau U: Das ist die Zeit, das ist die moderne Zeit sage ich jetzt mal. Das läuft alles auf Computerbasis hinaus. Muss alles Mal über den Computer gehen und wir fangen jetzt damit an und nächstes Jahr geht dann alles über den Computer. Da haben wir jetzt gar keine Platten wie wir sie jetzt hier liegen haben, die werden dann bis nächstes Jahr, wenn wir nicht bis dahin, sage ich mal, nicht schaffen, hoffen wir geht bis Mitte nächsten Jahres alles über den Computer.

*I: Und was denken sie, ist das sinnvoll?*

Frau U: Ja ich würde denken schon, weil gerade wenn sie das Berichteblatt, wenn sie das nehmen, weil das machen sie ja dann auch über den Computer bevor sie es abspeichern, dann lesen sie sich es durch und gucken, was habe ich jetzt für einen Mist geschrieben und da wird es gelöscht und noch einmal gemacht. In mein Berichteblatt gucke ich doch was habe ich denn hier für einen Müll geschrieben, durchgestrichen noch mal gekürzelt und wieder geschrieben, also ich würde es schon denken, wenn es dann richtig läuft wie es laufen soll ist das dann toll. Jetzt im Moment ist das alles doppelt das ist klar, aber das ist nun mal so in einer Einführungsphase.

*I: O. k. Ich danke Ihnen herzlich dass sie sich die Zeit genommen haben und mir die Fragen beantwortet haben.*

Frau U: O. k.

**Interview Nr. 21: I (Interviewer), Frau T (interviewte Mitarbeiterin)*****Fragen zu Situationen und Verhaltensweisen von Personen an denen Qualität sichtbar wird: Beschreibung positiver critical Incidents***

*I: Zum Anfang habe ich ein paar Fragen zum Arbeitsalltag hier im Haus. Welche typischen auffallenden Situationen aus dem Arbeitsalltag sind Ihnen in Erinnerung geblieben und können Sie mir eine Situation beschreiben, wo etwas gut geklappt hat zwischen Ihnen und einem Bewohner?*

Frau T: Also Sie wollen jetzt Bewohner und Mitarbeiter wie Sie kommunizieren jetzt?

*I: Nein, allgemein, wenn Ihnen eine Situation einfällt aus dem Arbeitsalltag, wo was eben gut geklappt hat mit einem Bewohner, dann würde ich Sie gerne hören?*

Frau T: Da wüsste ich jetzt gar kein Beispiel, klappt eigentlich immer gut, man sieht zu das man gut hinkommt mit den Leuten. Das man das auf die Reihe kriegt, das man jeden praktisch es so macht wie er gerne eben möchte oder man muss ja auch ein bisschen, ein bisschen na ja wie soll ich das sagen, ich muss trotzdem nachdenken, nicht das es zur Gewohnheit wird. Ich meine manche nehmen sich was raus und denken das gehört dazu, was eigentlich gar nicht dazu gehört.

*I: Die Bewohner?*

Frau T: Ja, so kleine Privilegien.

*I: Was ist das beispielsweise?*

Frau T: Das überlege ich gerade. Wenn einer das zur Gewohnheit machen will, wir haben jetzt eine Bewohnerin die ist sehr, sehr anspruchsvoll, die war früher ganz zurück gezogen, ruhig durch ihre Schmerzen, jetzt ist sie von ihren Schmerzen praktisch befreit und jetzt spielt sie auf deutsch gesagt ... macht sie halt gerne was sie will. Stellt halt auch gerne das Personal und Heimbewohner an. Wie sie das will. Mach mal das und mach mal dies und jenes. Sie diktiert direkt vor was zu machen ist.

*I: Und wie gehen Sie mit der Frau um?*

Frau T: Nun, ich sage ihr praktisch, ich mache das, was ich machen muss und gut. Mehr nicht. Große Abstriche kann man nicht machen. Weil wenn andere noch mit dabei sind, die kriegen das mit und fangen dann auch an, was die hat oder will, das wollen die dann auch. Das ist wie mit kleinen Kindern.

*I: Und wieso verhalten Sie sich so in der Situation?*

Frau T: Na ja, weil ich eigentlich alle gleich nehme, ich mache keine Ausnahmen, ich kann keine Ausnahmen machen, ich kann nicht bei dem einen so sein und bei dem anderen so. Das geht nicht, ich muss schon eine Linie drin haben, sonst hören die dann irgend mal nicht. Das praktisch wie eine Erziehungssache, das ist wie mit Kindern, wenn man da eine Ausnahme macht, dann will der andere das auch haben und versuchen es immer wieder.

*I: Und was war das Ergebnis der Situation, wenn Sie der Frau so entgegengetreten?*

Frau T: Wenn ich nein sage, ist sie stur und bockig und dreht sich ab, wendet sich ab, aber nach einer gewissen Zeit, wenn sie merkt ich rede nicht mit ihr, auf gewisse Weise, auf deutsch gesagt, ich ignoriere sie, das kriegt sie ganz schnell mit, dann fängt sie an dann will sie einen streicheln und bist du wieder gut mit mir, ist doch nicht so gemeint

und so kommst sie dann, ich sage es ist nicht gut, ich weiß was ich zu machen habe und ich mache das so weiter, wir haben das immer so gemacht und da können sie jetzt nicht einfach zu mir sagen ich soll das so und so machen. Ich sage, wir wissen schon was wir machen. Ich denke wir machen es richtig. Ich bin ja fürs Wohl zuständig. Ich kann ja den Heimbewohner, bei der Hitze zum Beispiel jetzt sagen, weil der oder der 3-4 Decken haben will, schlägt die 3-4 Decken drauf und der kocht da drunter und er sieht es nicht ein das er schwitzt, nein er schwitzt nicht. Das ist eben so eine Sache bei manchen.

### ***Beschreibung positiver critical Incidents***

*I: Können sie sich jetzt an eine Situation erinnern die eher positiv ist oder wo sie denken, dass hat gut geklappt zwischen Ihnen und einem Bewohner?*

Frau T: Also ich weiß da jetzt nichts großes, weil es ist nun mal so ist im Wohnbereich, hier unten auf der 1 sind sehr demente Leute, sehr viel demente Leute und die vergessen es ja auch schnell wieder. Die wissen ja gar nicht was los ist. Für einen Moment sind sie mal wieder da und dann sind sie wieder weg, die können das ja gar nicht einschätzen.

*I: Und gibt es da ein Beispiel von so einer dementen Person?*

Frau T: Au ja da haben wir viele. Für 2-3 Minuten sind sie so und total weg, da muss man erstens sehr viel helfen und sie unterstützen und den rechten Weg wieder zeigen und dann kommt wieder eine Situation, da sind sie mit einem mal wieder da und was wollen sie von mir, so ungefähr. Ich weiß doch was ich machen muss.

*I: Wie gehen sie damit um oder wie verhalten sie sich da der Person gegenüber?*

Frau T: Ich lass die dann das so machen, warum sollte ich, also mit Dementen soll man ja auch nicht rum streiten, ich streite mich auch nicht, ich denke mir soll's sie es so machen wie es ist.

*I: Was sind das so für Situationen in denen die Person dann erst so ist und sich dann völlig anders verhält?*

Frau T: In erster Linie sind sie verwirrt und finden das Zimmer nicht oder kommen auf dem Zimmer nicht klar oder kommen auf den Gängen nicht klar, so was ist viel. Da streiten sie sich, das ist mein Zimmer hier und da will ich rein, mit Ach und Krach und nein sie wohnen hier nicht, sie wohnen dort, kommen sie mit und dann gehe ich eben und führe sie hin zu ihrem Zimmer und sage gucken sie mal was hier dran steht, lesen sie mir mal vor, wer hier wohnt und das können die meisten.

*I: Also lesen können die noch?*

Frau T: Ja. Oder die erkennen sich auf dem Bild was an der Tür draußen ist, ach das bin ich ja, hier wohne ich und dann ist alles wieder o. k. Dann gehen sie rein, dann wissen sie aha hat mich richtig geführt aber vorher wird gestritten. An dem Zimmer jetzt wo sie rein wollen, da kann man das nicht zeigen, kann man nicht, ich habe es einmal versucht hier gucken sie mal das steht doch die und die dran, da wohnen sie doch gar nicht. Nein, nein die haben hier falsche Bilder hin gehangen, also man muss mit den wirklich hin gehen und das zeigen, dass man von dem Ort weg geht, wo sie falsch waren und in die richtige, also habe ich die Erfahrung gemacht. Das hat auch geklappt.

*I: Und das Ergebnis der Situation ist dann?*

Frau T: Na die geht dann in das Zimmer rein, die ist ja rein gegangen oder er. Je nach dem was ich gerade für einen Heimbewohner hatte. Die sind dann rein gegangen und dann ging es im Zimmer weiter. Da erkennen die ja auch ihr Zeug, ihr persönliches Zeug. Ach da steht ja meine Tasche oder meine Schuhe geht es dann los, ja hier bin ich richtig. Bilder, weil das Langzeitgedächtnis ist ja noch da und da erkennen sie ja ihre Sachen dann.

***Fragen zur Qualität in der Einrichtung: Einschätzung der Pflegequalität in der Einrichtung***

*I: Jetzt habe ich ein paar Fragen zur Qualität hier in der Einrichtung. Woran machen sie Qualität in der Pflege und Betreuung fest?*

Frau T: (kurze Pause) Qualität was meinen sie jetzt damit?

I: Pflegequalität.

Frau T: Wie ich die Leute jetzt pflege?

*I: Ja, was ist für sie eine gute Pflege und Betreuung?*

Frau T: Wenn ich es erfüllen kann. Also ich, eine gute Qualität ist auch, wenn ich erst Mal alles ordentlich vorfinde von meinen Mitarbeitern, der davor da war oder der Letzte und das ich da weiter machen kann, wo der aufgehört hat. Na ja wo praktisch der Vorgänger aufgehört hat, wo ich weiter machen kann. Wenn natürlich Material fehlt oder irgendwas ist es für mich erst mal, rennt man erst mal wieder Weg. Weil es sitzt ja eigentlich jeder Handgriff. Und jeder Handgriff ist auch Zeit. Wenn ich den Schrank auf mache und sehe ei da ist ja gar nicht aufgefüllt, da ist das nicht da und das nicht da, na ja dann ist schon, meistens ist es ja so, du machst den Schrank auf, man hat ja auch Heimbewohner die sind oder auch Heimbewohnerin die sind ja ungehalten, sehr ungehalten, da kommst du rein und sagst komm jetzt geht es los, wir machen den Hintern frisch, das muss ja auch ratz fatz bei manchen gehen, so oder wenn du da nicht schnell genug bist, machst den Schrank auf, holst raus, es gibt ja auch Leute die haben schon halb die Hose, die helfen mit, die machen ja schon selbst die Hose auf. Na ja, wo bleibst du denn, wo bleibst du denn, geht es dann immer. Ich kann doch jetzt nicht fliegen, ich muss doch erst mal die Hose holen wir müssen die Salbe holen. Das brauchen wir alles nicht mehr, das muss aber sein, das brauchen wir ja zum pflegen.

*I: Also sind die Heimbewohner schneller mit ihren Hosen unten als sie?*

Frau T: Ja, nicht alle es gibt einige. Die immer sehr schnell sind, die sehr ungehalten sind, da muss es ganz schnell gehen. Und dann müssen wir auch gleich reagieren, weil wir wissen sonst kriegst du keine Hose mehr ran. Das ist manchmal, die laufen davon. Die gehen dann einfach fort, als wenn sie keine Zeit haben.

*I: Was hat sich konkret in der Pflege und Betreuung hier im Haus geändert seit Sommer letzten Jahres?*

Frau T: Pflege? Also für mich eigentlich nicht. So ich denke ich mache es richtig. Für mich hat sich eigentlich nichts geändert. Na ja gut, ich weiß jetzt nicht ob, ich muss jetzt sagen es ist auch ein bisschen schwerer, was heißt schwerer? Schwerer nicht, eine Belastung ist es jetzt. Wir führen jetzt die Computer ein, da geht uns wieder Zeit verloren.

Weil wir doppelt dann erst mal machen, schriftlich und Computer. Viele kennen den Computer nicht oder haben noch nie mit Computer was gehabt, das muss jetzt alles eintrainiert werden, klar das dauert eine Zeit und da geht auch Zeit verloren jetzt.

*I: Wo denn da zum Beispiel?*

Frau T: Na ja wenn ich jetzt, ich habe was heißt Zeit verloren? Ich mache meine Arbeit am Heimbewohner, aber es wird vergessen, dann richtig zu dokumentieren. Das ist jetzt der springende Punkt. Das merkt man im schriftlichen jetzt schon, wenn mal ein bisschen Hektik oder Stress ist und es Wetter, jetzt ist das Wetter wieder warm, jetzt wollen sie runter, da fragt man den Heimbewohner, so wir bringen sie jetzt runter, das ist ein Angebot, ja ich komme, ich hole sie dann, so dann geht man und will sie holen, jetzt habe ich keine Lust, so. Gegen den Willen machen wir sowie so nichts, also bleiben sie erst mal sitzen, nach fünf Minuten überlegen sie es sich, jetzt wollen sie runter. In der Zeit hat man sich ja gesagt, na ja gut jetzt wollen die nicht, jetzt wird geklingelt jetzt wollen wir doch, so dann bleibt die Arbeit wieder liegen. Manchmal ist es dann so, weil wir ja die Leute kennen, die überlegen sich das dann irgendwann mal wieder, also setzt du dich mal hin, schreibst was ein oder schreibst die schnell was auf oder suchst dir eine andere Arbeit, machst schnell, das muss ja auch gemacht werden. Aber man macht dann oberflächlich alles.

*I: Die Dokumentation jetzt direkt?*

Frau T: Ja. Da vergisst man es dann, da werden dann Zettel geschrieben, man legt sich die hin oder man steckt die sich in den Kittel rein und dann wird es eingetragen und irgendwas, mir ist es gestern zweimal passiert und bei der Übergabe da merkt man es dann, ach Gott hier fehlt die Unterschrift noch, hier, schreibst alles noch einmal ein, wenn man zu dem Heimbewohner bei der Übergabe spricht das und das war und man ich blättere dann einfach noch mal durch das ist auch so eine komische Angewohnheit und da sieht man dann, oh Gott das dort noch ein Häkchen fehlt oder dort oder man vergisst was einzuschreiben, das ist ja eigentlich alles wichtig. So und wenn jetzt der Computer dazu kommt, das ist dann doppelt.

*I: Denken sie, dass das dann mit dem Computer besser wird?*

Frau T: Also ich denke mal wenn sich das alles so einspielt und es trifft sich alles da und nur noch Computer und vielleicht nur noch ein bisschen was schriftlich gemacht wird, wie Trinkprotokolle oder Lagerungsprotokolle, das die dann noch so nebenbei so gemacht werden, weil es ja nicht anders geht mit Computer, das weiß man ja nicht wie die eingerichtet werden, dann denke ich mir schon das man bloß noch anklickt, sein Häkchen macht und das es schneller geht. Ich weiß es nicht, aber ich bilde es mir ein, dass es schneller geht.

*I: Was hat denn sich in der Beziehung zum Bewohner verändert hier im Haus, seit Sommer letzten Jahres?*

Frau T: Wie jetzt? Vom Personal oder ich jetzt oder so?

*I: Ja, was denken sie, was hat sich in der Beziehung zu den Bewohnern verändert?*

Frau T: Nichts. Ich wüsste da nichts, das sich da irgendwo, ich sage ja ich behandle alle gleich und da kann ich nicht mehr auch wenn wieder andere Heimbewohner sind, es sind



welche verstorben, es sind neue wieder da, Demente, also wir haben jetzt viel mehr Demente wie vorher und dann durch die Bewohner ist natürlich Unruhe, und da muss man dann eben auf der Höhe sein als Personal, also man muss immer wieder darauf achten das Ruhe reinkommt.

*I: Wie machen sie das?*

Frau T: Tja, wir nehmen sie auseinander, was heißt auseinander, es gehen welche runter wie jetzt am Nachmittag, die und die wollen gerne zur Beschäftigung, manche wollen ihre Ruhe haben, damit sie nicht ins Zimmer gehen, da werden sie auf den Balkon gebracht, das gefällt den auch, da machen wir denen hier hinten Musik an, da hören die Musik. Da sitzen sie, da sind dann eigentlich auch die, die ein bisschen geistig auch da sind auch noch hier herum laufen können alleine, sich bestimmen, jetzt gehe ich dahin und dahin die sind, aber wir stellen auch Rollstuhlfahrer raus und so was, die auch noch aber, die stehen dann eben wie sie stehen. Wenn dann jetzt die Läufer sagen, wir gehen wieder in das Zimmer oder wir gehen jetzt dort und dort hin, dann sind sie eben gehandikapt. Wenn da nicht mal einer, also wie gehen ja immer Getränke bringen, da fragst du, wollen sie noch sitzen bleiben?, ja, dann gehst du weg und nach fünf Minuten, stehen die und die auf, da fällt ihnen ein, jetzt bin ich alleine und da wollen sie auch weg.

*I: Und das heißt jetzt, wenn sie von neuen Bewohnern gesprochen haben, kennen sie die noch nicht so gut oder?*

Frau T: Nein. Die sind Fremde, neue Bewohner. Nur was so in der Dokumentation drinnen steht. Danach gehen wir und was uns die Angehörigen erzählen. Wir lernen die genauso kennen wie die uns kennen lernen.

*I: Was hat denn sich in der Pflege und Betreuungsqualität geändert seit Sommer letzten Jahres?*

Frau T: Qualitätsmanagement meinen sie jetzt?

*I: Beispielsweise. Wenn sie darüber was wissen?*

Frau T: Na ja die sind sehr aktiv geworden, arbeiten sehr aktiv.

*I: Was machen die so, bekommen sie da was mit?*

Frau T: Nein eigentlich nicht. Die haben jetzt auch wieder gehabt, das ist jetzt im anrollen, gut hier oben ist der Hefter, durchgelesen haben wir das alles, was so am Tag was so angebracht ist, das machen wir ja eigentlich auch. Die sehen eben alle, dass die Qualität noch besser wird. Ich weiß nicht, was noch besser werden soll? Denn wenn man schon ordentlich arbeitet, die Leute liegen sauber und es ist alles da, wenn da gekleckert wird, da wird gleich abgezogen, also Bett runter und alles abgezogen, saubergemacht, das merkt ja die Waschküche, die müsste es ja gemerkt haben, das mehr abgezogen und weg, also in die Wäscherei geben. Das ist ja sehr gestiegen, das war am Anfang eigentlich nicht so. Na ja gut da waren nicht so viele Heimbewohner, da hatten wir auch weniger Leute. Jetzt ist ja oben voll und unten die Betten sind ja alle belegt, na ja da brauch man eben viel.

*I: Was steht den da oben auf dem Wohnbereich für Lesematerial zum Qualitätsmanagement?*

Frau T: Bei uns oben?

*I: Ja?*

Frau T: Na da ist so eine, die hat jetzt mal, das ist so, was sie sich immer so aufschreiben, wo dir hier unten ihre Sitzung machen, was wir jetzt praktisch angehen, angenommen jetzt Inkontinenzmaterial, Umgang und so was alles. Da wollen sie jetzt auch was Neues einführen oder sind wohl schon neue da ich weiß es nicht, ob darüber gesprochen wurde, weil die Leute schwitzen ja auch so. Und das ist ja auch eine hohe Pilzgefahr wenn die dann schwitzen, die Feuchtigkeit, da gibt es jetzt neues Material da wird darüber geredet erst mal. Wollen wir das machen oder wollen wir es nicht machen? Bei wem wollen wir es erst einmal probieren? Bestimmte Heimbewohner, man kann es ja nicht bei jedem machen, das ist ja eben das Schlimme. Es gibt welche da müsste man es machen, aber da geht es nicht, die reißen alles runter.

*I: Wer spricht da das Thema an?*

Frau T: Das machen wir eigentlich alle, jeder bringt da was mit ein. Also die Vorschläge, also wir haben da jemand der für Inkontinenzmaterial immer bestellt, die geht auch zur Schulung und dann bekommt die auch gesagt das und das ist auf dem Markt und so und so sieht es aus. Wir haben auch viele bei uns im Wohnbereich umgestellt auf diese na wie heißen die denn jetzt, diese Hosen die man anzieht jetzt praktisch, weil viele mit diesem Klettverschluss nicht zu Recht kommen oder wollen das nicht. Oder schämen sich wie immer es ist und da haben wir jetzt viele zwei bis drei Frauen schon, fasst alle Männer die bei uns rum laufen und so mit versorgt. Bei Männern ist es sowieso schwieriger. Weil da immer, praktisch sind die jetzt auch besser integriert im Alltag, da riechen die auch nicht mehr nach Urin oder so, wenn die es nass gehabt haben, haben die es immer weggeschmissen, das kriegen die wahrscheinlich mit, die kriegen es ja auch mit. Da haben die es abgemacht, selber entfernt, durch die Hosen jetzt da ist das besser, kriegen es auch selber runter, gibt ja welche die gehen ja noch alleine auf die Toilette, wir machen zwar auch Toilettentraining aber die gehen auch unkontrolliert auch selber. Wenn die rumlaufen und die haben den Druck dann gehen die alleine, die können das jetzt besser hochziehen, was sie früher nicht konnten, da war das alles ein Wurst und da hing das unten und da war das alles eben nass. Beim nächsten Mal, wenn du gekommen bist hat alles geschwommen oder voll Stuhlgang geschmiert, das ist eigentlich jetzt nicht mehr.

*I: Und wie muss ich mir das vorstellen die hatten vorher eine so genannte Windel an und jetzt gibt es was anderes?*

Frau T: Na ja so eine richtig normale, also wie so ein Höschen.

*I: Und da ist auch Einlage drinnen?*

Frau T: Das ist eingearbeitet alles. Ich weiß nicht ob sie die schon mal gesehen haben? Diese Höschen?

*I: Nein. Die gucke ich mir mal an.*

Frau T: Die sind schön, die sind einwandfrei.

*I: Die schmeißt man dann auch weg also, die sind auch einmal ...?*

Frau T: Die halten es kommt auf die Stärke an, wir haben eigentlich die Stärksten die es gibt, weil bei uns die, na ja die Männer sind so, halb, halb inkontinent teilweise, nicht ganz und dann tröppelt es ja immer mal nach, durch das Material, weil das richtig schön dick ist saugt das auf und da werden die auch nicht Wund und nichts.

*I: Und die sind jetzt besser integriert auch im Alltag die Leute?*

Frau T: Ja. Na ja die sind nicht mehr so nass wie vorher mit den Hosen, die haben das mitbekommen wenn, wir haben so einen Rollstuhlfahrer der immer nicht so rein gepasst in alle und automatisch lief es dann an der Seite raus, jetzt ist er ja richtig eingepackt, jetzt kann das nicht mehr passieren. Das ist ja eine richtige Hose und da spielen die auch nicht mehr dran herum oder so. Und dann ist es auch wie ein bisschen Stoff so von drinnen und da schwitzen sie auch nicht so in den Hosen, das ist ein anderes Material.

***Fragen zur Qualitätsentwicklung: Entwicklungen, Veränderungen und Ereignisse durch das Qualitätsmanagement***

*I: Beschreiben sie besondere Veränderungen oder Projekte hier im Haus an denen sie beteiligt waren oder von denen sie gehört haben?*

Frau T: Ich bin an keinen Projekten beteiligt. Wüsste ich jetzt nicht.

*I: Außer Pflegedokumentation gab es auch so den Apothekenwechsel?*

Frau T: Apothekenwechsel ja den hatten wir, aber da war von uns niemand daran beteiligt.

*I: Wer hat denn das geregelt?*

Frau T: Das ist über die Leitung gegangen. Die Leitung macht das mit der Apotheke.

*I: Und sie wurden dann informiert?*

Frau T: Wir sind dann informiert wurden und die haben es uns gezeigt, wie das funktioniert, wie das alles so laufen soll, ja das geht eigentlich ganz gut.

*I: Gibt es dadurch eine Verbesserung?*

Frau T: Na ja eigentlich ist es für uns, wie soll ich denn sagen, puh wir hatten früher die Medikamentenbecherchen, wo wir gesetzt haben, die Näppeln und jetzt haben wir ja Dosen und wenn ich die Heimbewohner hinsetzte, der weiß damit nichts anzufangen, der fängt an hin und her zuschieben, selbst die die jetzt noch normal sind, alles verstehen bringen es nicht, das ist zu schwer zum schieben. So also haben wir es am Anfang so gemacht, da haben wir es denen immer gleich auf die Hand gegeben die Tabletten, da sind aber viele runter geflogen, also war es weg und sind dann wegen jeder Tablette dann hier runter gerannt und hast es geholt und jetzt haben wir es wieder so gemacht, jetzt holen wir uns die Tabletten, also praktisch unsere Box hoch und schütten sie oben wieder um. Das ist eigentlich von der Zeit her wieder quatsch. Da ist wieder Zeit verloren aber wir machen es einfach, die sind die Näppeln gewöhnt die Heimbewohner und das stellst du dann hin den Leuten, zumindest denen die noch alles normal, alles in die Reihe kriegen die nehmen das aber die Leute, die sehr dement sind den geben wir es ja gleich, da sind wir ja immer dabei, man guckt sowieso man muss immer gucken ob sie sie nehmen und bei den

ändern die können es auch vergessen oder was runter fällt, das muss immer unter Kontrolle sein und da schütten wir es eben wieder um.

*I: Und nachts als sie die Tabletten gesetzt haben, gibt es da eine Zeitersparnis oder was wird gemacht in der Zeit wo jetzt nicht mehr gesetzt wird?*

Frau T: Ja wir sitzen jetzt auch, also wir haben jetzt mehr Zeit für die Pflegedokumentation zu schreiben, also wer im Nachtdienst ist, hat die Möglichkeit, die im Nachtdienst jetzt zu schreiben, wenn es geht. Ansonsten ist ja nachts auch viel Unruhe, durch die Dementen, da läuft man essen, da tut man einem mal eine Schnitte machen oder es ist ja jetzt nicht so das ich den die Schnitte gebe und das Getränk und ich gehe davon und er isst das auf, das ist ja nachts anders, da sind die alleine und da essen die im Zimmer, da essen die ja nicht im Speiseraum wie sie es gewöhnt sind, sondern da bleibe ich ja automatisch dabei bis die Schnitte aufgegessen ist mitunter und redet mit ihnen sogar, beruhige das sie auch wieder einschlafen, da ist, da geht auch Zeit drauf. Das ist eben jetzt, das kommt jetzt praktisch zu Gute dem Heimbewohner. Er kann davon profitieren. Wir haben gerade im Wohnbereich 3, 4, die in der Nacht regelmäßig ankommen und wollen essen. Bei den ist in der Nacht um 12 Mittag oder so. Und da kriegen sie ihre Schnitte oder ihre heiße Milch was sie eben wollen und dann essen die eben und dann ist Ruhe. Das ist irgendwie so Nervengeschichte. Da schlafen die wieder.

*I: Ich danke ihnen für das Gespräch, das sie mir die Fragen beantwortet haben und das sie sich die Zeit genommen haben und bin damit am Ende.*

**Interview Nr. 22: I (Interviewer), Frau F (interviewte Mitarbeiterin)*****Fragen zu Situationen und Verhaltensweisen von Personen an denen Qualität sichtbar wird: Beschreibung positiver critical Incidents***

*I: Zu Beginn habe ich ein paar Fragen zum allgemeinen Arbeitsalltag. Können sie sich an eine Situation erinnern, die in der letzten Zeit passiert ist, wo etwas besonders gut zwischen ihnen und einem Bewohner abgelaufen ist?*

Frau F: Ei, ich denke es gibt halt täglich kleine Situationen, wo etwas gut läuft, die man sich nicht immer merkt, also ich merke es mir persönlich nicht immer, ich merke mir aber auch schlechte dann nicht, also vergesse ich dann auch nach einer Zeit, man kann das ja nicht ständig mit sich herum tragen, das bringt den Heimbewohner nichts und mir auch nichts. Und so vergesse ich auch das Gute. Deshalb fällt mir es jetzt tüchtig schwer jetzt irgendwas ach...

*I: Oder ein Fortschritt bei einem Bewohner, was vorher nicht so war?*

Frau F: Ja, hatten wir jetzt erst wieder, wo wir gestaunt haben, ein Mann der ziemlich lang im Bett zugebracht hatte, den haben wir jetzt wieder ein bisschen mobilisiert und sich auch im Zimmer nicht so sehr viel von sich gegeben hat und vielleicht ein bisschen wenig Kommunikation hatte, da durch das er alleine im Zimmer war, da haben wir gestaunt was der sich noch gemerkt hat, was gewusst hat. Irgendwo denkt man das kann nicht sein aber doch, das war so.

*I: Was haben sie da direkt bei dem Bewohner gemacht, dass der jetzt wieder so gut drauf ist?*

Frau F: Nichts, eigentlich nichts, wir haben uns gewundert, weil er eben auch die erste Zeit im Zimmer auch sehr apathisch war, das wurde dann besser so mit der Zeit, ich meine, na klar spricht man mit den Leuten, wenn man ins Zimmer geht und so oder wenn man was macht aber man ist ja nun nicht ständig drinnen, das geht ja nicht. Man hat ja die anderen Leute auch zu versorgen. Aber das er sich dann doch so daran zurück erinnert an das, also er wusste noch genau, wo er gesessen hat. Und das ist schon zu dem Zustand wie wir ihn sonst immer im Zimmer hatten, eigentlich aller hand.

*I: Also war der früher mehr in seinem Zimmer und kommt jetzt eher raus oder?*

Frau F: Nein anders. Der war früher immer draußen und dann war er krank, hatte eine ziemliche Krankheit, und ist relativ steif geworden, er hatte Rückenschmerzen und das war nicht möglich ihn aus dem Bett zu nehmen. Er hat geschrien auch vor Schmerzen, jetzt haben wir so langsam wieder versucht, da war er das erste Mal wieder draußen und wusste sofort wo er gesessen hatte.

*I: Also geistig hat er nicht abgebaut, eher körperlich, kann man das so sagen?*

Frau F: Er hat schon geistig auch abgebaut. Körperlich auf alle Fälle, aber geistig schon auch. Und trotzdem sind es eben solche Momente wo man sagt, da ist doch noch was da, wo man dann immer staunt.

*I: Was war das für ein Ergebnis dieser Situation?*

Frau F: Ich weiß gar nicht ob er das selber, er wird das gar nicht so mitkriegen, den freut es wenn er mal wieder raus ist, wenn er mal wieder raus kann, das freut die Leute dann, aber was er dann noch kann in dem Moment, ich glaube das nicht, das solches gerade, das

er weiß, wo er gerade sitzt, ist für den vielleicht normal, würde uns vielleicht auch so gehen, das wir darüber nicht nachdenken.

### ***Beschreibung negativer critical Incidents***

*I: Und an schwierigen Situationen aus dem Arbeitsalltag können sie sich da erinnern, wo etwas nicht so gelaufen ist zwischen ihnen und einem Bewohner?*

Frau F: Gibt es auch ständig. Wir haben jetzt eine neue Frau, das ist eine ganz liebe Frau, wirklich kann ich nichts sagen, die umarmt mich, kommt rein aber wenn eine Situation ist was sie nicht möchte, dann kann man sie davon nicht überzeugen.

*I: Und was ist das Beispielsweise?*

Frau F: Zum Beispiel ärztliche Anordnungen, die lehnt sie strickt ab, man kommt manchmal in Schwierigkeiten dem Arzt gegenüber.

*I: Was machen sie da, was versuchen sie da in der Situation?*

Frau F: Da kann man bloß reden, und wenn es mit reden dann nicht mehr geht, ich kann sie ja nicht zwingen, ich kann ja nicht handgreiflich werden, dann bringt es nichts, dann muss ich das dokumentieren, das sie es nicht möchte. Dann entweder der Arzt findet eine andere Lösung, bringt nichts.

*I: Was war das für eine Anordnung?*

Frau F: Kompressionsverbände, die hat sie sich dann auch selber abgewickelt.

*I: Und wie lange muss man dann eigentlich reden bis sie dann sagen nein jetzt ist o. k.?*

Frau F: Dazu muss ich das Gefühl haben.

*I: Ja.*

Frau F: Also ich kann jetzt nicht eine halbe Stunde reden, reden, reden und die wird immer lauter, lauter, also das muss man sehen und das merken in der Situation wo es hingeht.

*I: Und warum handeln sie so in der Situation bei der Frau?*

Frau F: (kurze Pause) Wieso, warum ich das abbreche oder wie meinen sie?

*I: Nein warum sie so mit der Frau reden und dann zum Beispiel sagen nein, o. k. jetzt...?*

Frau F: Ja weil, es ist ja für ihr körperliches Wohl, was der Arzt verordnet und da muss ich auch sehen, dass ich darauf eingehe und dass ich das versuche, das Beste für sie zu tun.

### ***Fragen zur Qualität in der Einrichtung: Einschätzung der Pflegequalität in der Einrichtung***

*I: Jetzt habe ich so paar Fragen zur Pflegequalität hier im Haus. Woran machen sie Qualität in der Pflege und Betreuung fest?*

Frau F: (kurze Pause) Das ist schwer. Das man im Prinzip, dass die Leute nach den Besten Möglichkeiten die es Haus bietet versorgt im Prinzip. Das Beste draus machen was möglich ist, was die Bedingungen des Hauses herstellt, was die gesundheitlichen Bedingungen was der Patient auch, Patient sag ich, was der Heimbewohner gern möchte, was wenn man sonst was anbietet und der will es nicht dann ist das aber für ihn auch eine

Qualität, sehe ich so. Es hat jeder sein Leben und wenn einer nicht in den Garten runter gehen will, obwohl das vielleicht für das Haus eine Qualität ist, diese bietet, das eben einen Garten hat und aber der Heimbewohner das eben nicht möchte, dann ist das für ihn auch Qualität. So sehe ich das.

*I: Und was macht eine gute Pflege und Betreuung aus?*

Frau F: Also ich. Gut. (kurze Pause) Eigentlich auch das Gleiche, das man auf die Heimbewohner eingeht, das man den Bewohner, d. h. so gut wie es geht im Blick hat, guckt, wo vielleicht irgendwo was zu machen ist oder nicht, wo was nötig ist.

*I: Beim Heimbewohner jetzt direkt?*

Frau F: Beim Heimbewohner direkt, was er manchmal auch selber nicht merkt.

*I: Also eher so vorausschauend gucken?*

Frau F: Vorausschauend auch mit, oder auf ihn eingehen, man kann ja nicht sagen machen wir jetzt das und das und das ist gut für den und der will es nicht oder ist das nicht gewöhnt oder was weiß ich.

*I: Was hat sich konkret in der Pflege und Betreuung hier im Haus geändert seit Sommer letzten Jahres?*

Frau F: Das ist eine gute Frage. Veränderungen gibt es immer. Seit Sommer letzten Jahres, das müsste man sich aufschreiben. (Pause) Letztens kamen immer mal Veränderungen hier. Das übernimmt man halt, was für Vorschläge gebracht werden.

*I: Von wo kommen die Vorschläge?*

Frau F: Och von allen. Es sind manchmal kleine Sachen, die eben, die ein Mitarbeiter bringt, die nicht unbedingt eine Fachkraft bringen muss, was ihm auffällt, es kommen Vorschläge von der Leitung, was dann einen anderen Rahmen hat.

*I: Und was sind das beispielsweise für Vorschläge die da kommen?*

Frau F: Also von Mitarbeitern meistens aus dem pflegerischen Bereich, was die direkt so am Heimbewohner sehen unten oder irgendwie, was weiß ich, vom einräumen, einordnen oder Material sparen oder so was vielleicht mehr in die Richtung.

*I: Und von der Leitung?*

Frau F: Auch das, speziell aber nicht direkt auf den einzelnen Heimbewohner, weil die sich da nicht so befassen, das ist klar, dann eben größere organisatorische Dinge.

*I: Was ist da beispielsweise passiert?*

Frau F: Das kann ich jetzt nicht sagen, was größer Organisatorisches, das ist schwierig, im Service hat sich eigentlich bloß von der Besetzung her ein bisschen was verändert. (kurze Pause) Ach Gott mir fällt im Moment nichts ein.

*I: Was ist da passiert? Sind welche weggegangen vom Service oder?*

Frau F: Nein, die haben zu Teil eine Hilfe dazu gekriegt.

*I: Was würden sie sagen hat sich in der Beziehung zum Bewohner geändert seit Sommer letzten Jahres?*

Frau F: Was zu jedem Einzelnen oder im Allgemeinen?

*I: Nein im Allgemeinen, wo hat s was verändert oder vielleicht gibt es ja auch einen einzelnen Bewohner wo sich in der Beziehung etwas verändert hat?*

Frau F: Meisten verändert sich ja in einer Beziehung bei einem Einzelnen was, wenn sich mal was ändert und so im Allgemeinen das hat man ja immer versucht ein gutes Verhältnis zu haben, da kann ich nicht sagen das ist schlechter geworden.

*I: Was verändert sich da in der Beziehung zu einem Bewohner?*

Frau F: Bei einem Einzelnen, was möglich wäre?

*I: Was sich auch verändert hat?*

Frau F: Nun was sich verändert hat das kann ich jetzt nicht so sagen. Mir fällt da momentan nichts ein, Konkretes. Dann ist ja immer eine Beziehung jetzt direkt von einer speziellen Pflegekraft zum Bewohner, direkt, dann habe ich jetzt über meine Kollegen nicht den Einblick ich kann das jetzt höchstens von mir sagen. Bei mir hat sich eigentlich nichts verändert. Dass man eben irgendwie böser geworden ist oder was weiß ich, kann ich nicht sagen. Ich komme mit allen gut klar.

*I: Ist was besser geworden?*

Frau F: Na ja das kann man nicht sagen, ich hatte keine Probleme gehabt mit den Leuten, wenn es gut ist, ist es eben gut und es ist ja nun nicht so das, das jetzt so sehe ich auch meinen Beruf nicht so, ich will ja keinen engen familiären engen Kontakt mit den Leuten. Das ist ja gut, das ist ja logisch. Und so komme ich eigentlich mit den Leuten hin. Ein Missverständnis gibt es mal, das ist klar und da geht man hin und klärt das. Also ich kann es nicht leiden, wenn jetzt irgendwelche Beschwerden kämen von einem Heimbewohner und es ist ein Missverständnis gewesen, also wenn ich schon merke, wenn die Kollegin sagt schon hier, dann gehe ich dort hin und sage also das war jetzt nicht so gemeint. Und da ist dann auch meistens, ich hoffe dass das dann geklärt ist.

*I: Also der Bewohner hat sie irgendwie missverstanden also dann gehen sie hin und sagen ich habe das nicht so gemeint?*

Frau F: Nu, das passiert, dass passiert überall das man sich missversteht.

*I: Was hat sich in der Pflege- und Betreuungsqualität geändert hier im Haus?*

Frau F: Schon wieder eine Frage mit der Qualität? Na ja mir fällt jetzt nichts ein, qualitätsmäßig.

### ***Fragen zur Qualität in der Einrichtung: Einschätzung der Pflegequalität in der Einrichtung***

*I: Können sie so spezielle Projekte oder Ereignisse beschreiben die hier passiert sind wo sie als Mitarbeiter beteiligt waren? Oder von denen sie gehört haben?*

Frau F: Was mir jetzt einfällt ist das Projekt 10-Minuten Aktivierung haben wir weiter ausgebaut.



*I: Was ist das genau?*

Frau F: Das wissen sie nicht?

*I: Ich weiß es schon, aber warum haben sie das ausgebaut?*

Frau F: Nun wir haben dort mehr Material gesammelt als Mitarbeiter, weil da noch ein bisschen was fehlte um die 10 Minutenaktivierung dann durchführen zu können, da war nicht soviel da und da haben alle Mitarbeiter mitgebracht. Das zum Beispiel fällt mir jetzt ein. Was fällt mir sonst ein? Projekte?

*I: Und wird das dann auch durchgeführt? Die 10 Minutenaktivierungen?*

Frau F: Zum Teil, also wie die Zeit ist.

*I: Oben im Wohnbereich oder hier unten in der Beschäftigung dann?*

Frau F: Also ich kann das jetzt nicht ganz nachvollziehen, was die Frau M. hier unten macht, also den Einblick hat man nicht man hört manchmal, bloß dass sie basteln und ob die das dann in die 10 Minutenaktivierung mit einbezieht, das weiß ich nicht und dann ist das ja auch für den Wohnbereich oben.

*I: Und wird das da regelmäßig gemacht oder?*

Frau F: Nein. Wie Zeit ist, dass kommt auch auf die Besetzung drauf an. Wenn mir mal sagen wir haben mal eine Minute jetzt. Ich meine das ist ja dann keine 10- Minutenaktivierung, wenn man mal ein Spiel macht, das zählt ja nicht drunter irgendwas wie Zeit ist und das man Praktikanten, die gehen dann meistens spazieren, weil die mit der 10 Minutenaktivierung nicht ganz was anfangen können, die haben das ja nicht gehabt, die wissen es nicht. Das müsste man den erstmal richtig erklären.

*I: Und würden sie das machen denen das zu erklären?*

Frau F: Ja würde ich schon auch, wenn es die Zeit erlaubt, man muss ja doch ein bisschen näher erklären, das sie es auch schnallen richtig und sie wissen was gemeint ist.

*I: Und was ist sonst noch so an Ereignissen was im Haus passiert ist, zum Beispiel organisatorisch oder auf den Mitarbeiter bezogen oder Bewohner bezogen in der letzten Zeit?*

Frau F: Sie meinen aber jetzt keine Veranstaltung oder so was, nein?

*I: Ich habe zum Beispiel was gehört von Apothekenwechsel oder von der Pflegedokumentation Einführung?*

Frau F: Gut, ja, das ja. Apothekenwechsel, wenn sie so was mit wissen wollen, das die Apotheke jetzt die Medizin setzt, das ist aber jetzt erst seit kurzen, wie wir das jetzt wirklich angehen, das wissen wir noch nicht.

*I: Warum wurde das gemacht?*

Frau F: Erstmal um uns Erleichterung zu schaffen auch, denn das ist schon, wenn der Dienst noch mitsetzten muss, man muss ja auch nebenbei konzentriert bei der Sache sein.

*I: Hat es Erleichterung gebracht?*

Frau F: Ich muss sagen, weil ich es nicht gemacht habe, kann ich nur das von anderen sagen und die sagen es bringt Erleichterung. Ich könnte es mir auch vorstellen. Also ich

habe die Medikamente auch schon hoch geholt und wenn man sie bloß noch rausnehmen muss, das dauert nicht lange und das geht schon ganz schön fix. Ich habe gar nicht gedacht dass ich so schnell bin. Was ich erst von anderen gehört habe, da braucht man so 20 Minuten, so 25 Minuten, so eine halbe Stunde, so lange war ich nicht unten das ging fix. Bedenken hatte ich erst so ein bisschen aber so wie es sich jetzt eingespielt hat, so wenn einem jetzt mal eine Tablette runter fällt oder was weiß ich, kann ja passieren, dann kommen wir auch ran und dann kann man die austauschen, das kann man nachvollziehen, das geht.

*I: Und woher wissen sie dann, welche das war die runter gefallen ist, wenn sie die nicht kennen?*

Frau F: Weil die haben da ein System in den Schachteln, da sortieren die sie ein und dann haben sie eine Liste dazu und da steht drinnen erst kommt, dann kommt die, dann kommt die Tablette.

*I: Ach so.*

Frau F: Das kann man eigentlich nachvollziehen. Nein? Ich habe erst auch gedacht na ja, geht aber.

*I: Und gibt es dadurch eine Zeitersparnis?*

Frau F: Ja. Eben, sag ja es geht ganz fix, wenn man es hoch holt.

*I: Und nachts da haben sie selber nicht mit gesetzt?*

Frau F: Weil ich keinen Nachtdienst gemacht habe.

*I: Zur Pflegedokumentation, waren sie da auch beteiligt so an den Schulungen?*

Frau F: Ja. Das war ja eine Schulung jetzt für alle.

*I: Und warum wird das eingeführt?*

Frau F: Na ja das ist, das hängt ja mit dem Computer zusammen, das das jetzt alles über Computer geht, soll Erleichterung bringen, wir werden sehen ob es Erleichterung bringt, ich denke da muss das erst ein Mal vollständig eingeführt sein, da muss man sehen das man das, sonst läuft es ja manchmal auch doppelt und da denke ich ist es erstmal mehr Arbeit, wie erst.

*I: Können sie jetzt schon am Computer üben?*

Frau F: Ja ich kenne es auch zum Teil von einem anderen Haus, wo ich gelernt habe, da gab es das schon, das war das gleiche Programm, das war aber auch noch nicht vollständig eingeführt und da war es auch so doppelt geführt und da fand ich halt, das war ein großer Aufwand, wenn man das so doppelt führt. Und damals, wenn man lernt, macht man noch nicht alles, gerade was jetzt Pflegeplanung betrifft da kenne ich mich jetzt nicht aus. Weiß ich nicht wie es geht! Dort verspreche ich mir eigentlich was davon. Ich weiß es nicht. Mal sehen vielleicht bin ich auch enttäuscht.

*I: Und jetzt die Pflegeplanung wird mit der Hand gemacht also jetzt in dem normalen Buch?*

Frau F: Ja.

*I: Aber die machen sie auch mit?*

Frau F: Ja.

*I: O. k. gut das war's. Ich danke ihnen für die Zeit die sie aufgebracht haben.*

**Interview Nr. 23: I (Interviewer), Frau R (interviewte Mitarbeiterin)*****Fragen zu Situationen und Verhaltensweisen von Personen an denen Qualität sichtbar wird: Beschreibung positiver critical Incidents***

*I: Können sie sich an eine Situation aus dem Arbeitsalltag erinnern die irgendwann in der letzten Zeit passiert ist oder schon länger zurück liegt, wo etwas besonders gut geklappt hat zwischen ihnen und einem Bewohner?*

Frau R: Das ist schwer.

*I: Eine Situation mit einem Bewohner die nicht so abgelaufen ist, wie sie es erwartet hätten.*

Frau R: Es war schön das nach dem langen Frei, was ich hatte, wieder da war, das einige gesagt haben, das ist aber schön das sie wieder da sind. So.

*I: Da kommen so positive Reaktionen?*

Frau R: Ja.

*I: Und wie verhalten sie sich dann gegenüber den Bewohnern?*

Frau R: Nun ich freue mich dann und ich teile das auch mit.

***Beschreibung negativer critical Incidents***

*I: Können sie sich an eine Situation erinnern die eher belastend ist im Arbeitsalltag?*

Frau R: Das war erst gestern.

*I: Können sie mir die beschreiben?*

Frau R: Also wir haben eine Heimbewohnerin, ich nehme an das ist schon öfters erwähnt wurden, also die ist sehr nervend, sagen wir es mal so, also sie klingelt im 5 bis 10 Minuten Rhythmus, also gestern Abend bin ich drin gewesen, war lange bei ihr, habe sie bettfertig gemacht, ich war vielleicht wirklich 10 Minuten erst raus, da hat sie wieder geklingelt. Und dann haben wir eingeschrieben und dann hat sie wieder geklingelt, das geht permanent und dann fühle ich mich irgendwie überfordert, weil wir zu wenig Personal in dem Sinne sind. Eigentlich bräuchte sie eine 1:1 Betreuung. Also das erwartet die von uns. Und sie, wir teilen ihr zwar mit, das noch mehr Heimbewohner da sind um die wir uns genauso zu kümmern haben, nicht immer nur um sie, sagt dann ja das sie das weiß aber im nächsten Moment. Sie ist nicht dement, sie ist ganz schwer und mich ärgert eben das, weil es wird angestrebt bei ihr eine Pflegestufe drei, weil alleine vom Aufwand her ist das so, aber wenn ich die MDK wäre würde ich ihr keine Pflegestufe drei geben, weil es andere Heimbewohner die wirklich körperlich, die nicht mehr klingeln können, wir haben eine Heimbewohnerin die liegt im Sterben, die geht dann unter, weil sie so präsent ist und immer sich in den Mittelpunkt stellt. Und da hatten wir gestern eigentlich Glück, das wir eine 1€ Kraft hatten, die sich dann um sie ein bisschen mehr gekümmert hat. Aber ich finde, dass es nicht richtig ist.

*I: Also sie würden als MDK nicht in eine 3 einstufen.*

Frau R: Nein ich würde sogar so, ich weiß nicht ob das jetzt unsozial ist oder so, das Sie das bezahlen müsste.

*I: Ja, den Mehraufwand den sie praktisch leisten?*

Frau R: Den Mehraufwand. Weil das eigentlich eine Sozialarbeitertätigkeit ist oder eine Betreuungstätigkeit in dem Sinn.

*I: Und wie verhalten sie sich dann der Bewohnerin gegenüber, wenn die so mehrmals klingelt und sie ständig hin müssen?*

Frau R: Also gestern bin ich etwas energisch ihr gegenüber geworden, aber es hat, es bringt nichts. Es hat keinen Sinn und die Kinder sind eben auch der Meinung wir hätten ja gar nicht so viel Arbeit mit ihr. Also das ist auch so keine Zusammenarbeit und die Heimbewohnerin ist auch, wie soll ich das sagen so noncompliance, also sie arbeitet nicht mit, also wenn jetzt zum Beispiel ein Arzt, ein Nervenarzt kommt die nächste Woche, dem werde ich alles so schildern weil ich auch da bin und wenn er jetzt ein anders Medikament ihr eben anordnet, sie probiert das eben einen Tag und dann hilft das aber nicht und dann lehnt sie das eben alles gleich ab. Sie tut auch für sich selber nichts, das sie das ändern könnte.

*I: Und was tun sie dann, um sie zu motivieren, damit sie das dann macht oder?*

Frau R: Man redet immer wieder gut auf sie ein, aber mit der Medikamentengabe also da haben wir schon tolle Dinger mit ihr erlebt. Sie lehnt das eben permanent ab und dann geben wir es auch nicht und wir schreiben das dann ein, wir dokumentieren das.

*I: Und wie regeln sie das dann mit den anderen Arbeiten, da sie ja nicht nur die Bewohnerin zu pflegen haben?*

Frau R: Da muss ich sie dann klingeln lassen, also wir gehen schon hinter, also wir gehen nicht beim ersten Mal hin, weil wir wissen ja, das es kein Notfall ist und gehen dann gleich nach 5 Minuten hin und machen die Klingel aus, also wenn wir jetzt gerade über einer Tätigkeit sind, sagen das wir jetzt nicht kommen können, dass sie sich gedulden muss.

*I: Und weswegen klingelt die Dame dann, beispielsweise?*

Frau R: Ja also gestern war es dreimal hintereinander, das die Nachttischlampe nicht funktioniert, beim nächsten Mal die Nachttischlampe und das Telefon und dann die Nachttischlampe, Telefon und Fernseher, nicht so was oder klingelt meinetwegen um uns einfach was Bescheid zusagen, um uns was mitzuteilen.

*I: Und sie müssen ja dann auch ihrer Pflicht irgendwie nachkommen und da nach zu schauen?*

Frau R: Ja, ja. Oder gestern zum Beispiel wenn wir das Glück haben, wenn wir eine Praktikantin haben oder einen 1€ Jobber, sie wird dann schon immer bevorzugt und wird auch mit ihr raus gegangen, wird ihr immer angeboten, das was gemacht wird aber anderen den steht das ja genau so zu und gestern die Kollegin die hat sie nun mitgenommen und sind spazieren gefahren auf dem Gang, dann nach paar Minuten will sie wieder in ihr Zimmer hinter, sie ist mit nichts zufrieden.

*I: Ist das eher eine depressiver Verstimmung oder ein anderes Krankheitsbild bei der Frau?*

Frau R: Mmmh, das ist, nein depressiv kann ich eigentlich nicht sagen. Nein, nein.

*I: Und sie klingelt eben trotzdem weiter und belästigt oder nervt sie weiter? Macht sie das auch bei anderen?*

Frau R: Das macht sie bei allen, das ist egal was für eine Schicht ist.

***Fragen zur Qualität in der Einrichtung: Einschätzung der Pflegequalität in der Einrichtung***

*I: Woran machen sie Qualität in der Pflege und Betreuung fest?*

Frau R: Na wenn alles gut läuft. Wenn die Zusammenarbeit gut klappt.

*I: Zwischen wem?*

Frau R: Also zwischen uns Kollegen und den Heimbewohnern und uns, dann auch zwischen den Angehörigen und uns.

*I: Klappt und läuft es alles gut?*

Frau R: Meistens, doch.

*I: Und was macht eine gute Pflege und Betreuung aus?*

Frau R: (Kurze Pause) Na das alle rund um zufrieden sind.

*I: Und wie erreichen sie so eine Zufriedenheit der Bewohner?*

Frau R: Also am günstigsten ist es, wenn viel Personal da ist, also wenn gerade im Spätdienst zu zweit da ist, das ist das eher nicht der Fall. Dann sind sie eher versorgt, sagen es wir mal so.

*I: Versorgt aber nicht zufrieden an sich. Und äußert sich das auch in ihrer Zufriedenheit?*

Frau R: Ja, also ich merke dann, also man merkt mir das vielleicht äußerlich nicht an aber innerlich kocht es und ich werde dann auch, ich habe dann so den Zeitdruck so im Nacken, das ich so noch alles schaffe.

*I: Merken das die Bewohner, also kriegen die das mit wenn sie unter Zeitdruck stehen?*

Frau R: Das glaube ich eher nicht. Nein.

*I: Und geht es den anderen Mitarbeitern ähnlich?*

Frau R: Ja.

*I: Und wie kompensieren sie dann solche belastenden oder zeitaufwändigen Situationen?*

Frau R: Ja wir unterhalten uns miteinander.

*I: Im Team?*

Frau R: Ja.

*I: Während der Arbeit oder eher dann später?*

Frau R: Ja dann eher so, wenn man jetzt einschreibt, wenn man dann so zusammen ist, dann.

*I: Und könnte man solche Situationen ändern, also das mit dem Zeitdruck, hätten sie vielleicht eine Idee was man da anders machen könnte?*

Frau R: Also es müssten mehr Leute her.

*I: Was denken sie, liegt das nur am Personal oder könnten sie auch was am Ablauf ändern?*

Frau R: Also, im Ablauf würde ich bald nicht denken, also wir hatten gestern eine Situation, da waren wir gut besetzt, unsere FSJ-Mädel war noch da, die hatte bis viertel vier Dienst gehabt und die 1 € Jobberin war schon kurz nach um zwei da und wir zwei eben von der normalen Schicht waren da, also wir waren zu viert bis viertel vier und das ist nun gerade die Kaffeetrinkzeit, also wir waren gut dran, aber wir konnten in dem Sinne auch nichts jetzt vorarbeiten, wo wir gesagt hätten, wir teilen uns schon ein bisschen was ein jetzt, aber das geht eben nicht.

*I: Und warum geht das nicht, was sind das so für Arbeiten?*

Frau R: Also das sind Arbeiten wie zum Beispiel jetzt wie die Leute abends nach dem Abendbrot ins Bett zubringen, so was jetzt.

*I: Das kann man natürlich nicht vorarbeiten.*

Frau R: Nein.

*I: Und Dokumentation und solche Sachen das kann man dann auch nicht ...?*

Frau R: Nein.

*I: Was denken sie hat sich konkret in der Pflege und Betreuung seit Sommer letzten Jahres hier im Haus verändert?*

Frau R: Kann ich ihnen eigentlich nichts sagen.

*I: Und in der Beziehung zum Bewohner hat sich da was verändert?*

Frau R: Nein das ist genauso, nein da kann ich nichts sagen.

*I: Hat sich in der Pflege und Betreuungsqualität was verändert seit Sommer letzten Jahres?*

Frau R: Nein kann ich jetzt auch nicht sagen. Also was mir jetzt gerade noch einfällt, das die Leute mitunter auch unzufriedener werden, die Heimbewohner jetzt. Also es kommt eben gerade wie von der Heimbewohnerin von vorhin, das sie dann eben sagen, ich bezahle ja soviel für den Platz, also habe ich auch das Recht darauf das zu erhalten.

*I: Und können die Bewohner unterscheiden zwischen den verschiedenen Pflegestufen und nach dem was sie bezahlen und was sie erhalten müssten?*

Frau R: Nein, nein. Also ich meine so jeder ist ja mit sich selber beschäftigt und findet sich selber am schlimmsten dran, so und die haben jetzt auch kein Interesse an den anderen Heimbewohnern, das sie sagen ei Gott es geht ihr aber schlecht, es gibt schon Bewohner die da mitfühlend sind aber im Gro ist das so, dass den das egal ist, wie das den anderen geht, Hauptsache ich!

*I: Worauf ist die Unzufriedenheit der Bewohner zurück zu führen, dass diese eben noch unzufriedener sind, wenn sie das so einschätzen?*

Frau R: Ich weiß nicht ob das mit dem Personalmangel, weil am Anfang waren die Schichten ein bisschen anders gelegt, da waren wir früh und spät jeweils eine Pflegekraft mehr.

Das ist schon ein Unterschied, ein gewaltiger Unterschied schon.

*I: Und warum wurde das geändert?*

Frau R: Aus finanziellen Gründen, durch die vielen Überstunden, weil sich das mit den vielen Pflegestufen nicht gedeckt hat. Weil wir haben viele Pflegestufen 1 also die meisten kommen so rein mit Pflegestufe 1 und bevor das dann durch ist, das sie eine höhere Bestufung bekommen, das kriegt man zwar alles rückwirkend dann finanziert aber. Und bei der Pflegestufe 1 ist es eben so eine Betreuung, also eine Grundpflege also eine Körperpflege ja, also Grundpflege einmal am Tag und wir machen eben mehr als was die Stufe eben aussagt jetzt.

*I: Müssen sie jetzt mehr machen?*

Frau R: Nein, das müssen wir nicht machen und das liegt bestimmt auch mit unter an uns selber, aber es ist eben auch schwer in der häuslichen Pflege, wenn die Pflegestufe 1 ist, da geht man 1-mal am Tag hin, wäscht sie früh und geht wieder. So und bei der Pflegestufe 2 sind wir 2-mal hin, früh und abends, je nach dem was im Vertrag stand. Und so müsste es hier auch sein, aber ich weiß nicht ob das umsetzbar ist? Es gibt Häuser oder von einer Kollegin eine Mitschülerin die umgeschult hatte, die machen das so bei einer Pflegestufe 1 machen die keinen Nachtrundgang, da gehen die nicht rein, es ist ja auch nicht notwendig laut Pflegestufe 1, nicht mal bei Pflegestufe 2 müssten sie reingehen. Aber ich weiß nicht, ob das in so einem Haus umsetzbar wäre?

*I: Woran könnte es liegen, dass das nicht umsetzbar wäre?*

Frau R: Na ich denke mal so auch vom Ruf her. So heißt es ja immer das ist ihre Wohnung und das ist ihr Bereich, dort haben wir nicht einzudringen, so in die Intimsphäre jetzt, sie können in dem Raum machen was sie wollen. Aber andererseits ist das nachts, das ist das wenigste nachts in das Zimmer mal zugucken aber das ist ja am Tage auch so gerade jetzt wie mit der Heimbewohnerin, wie oft wir dort hin gehen, das geht gar nicht.

*I: Und wenn sich das Haus sich nach außen hin so darstellt das sich viel um die Bewohner gekümmert wird, dann müssen sie auch 3 x am Tag reingucken auch bei einer Pflegestufe 1?*

Frau R: Sozusagen, ich meine manche Heimbewohner tun wir auch zu sehr bemutteln. Wo man doch sagen könnte, eigentlich kann sie das noch selber machen. Dann ist aber wieder das Problem, es soll ja eine aktivierende Pflege sein, aber die ist ja viel zeitaufwändiger, als wenn man das jetzt selbst macht. Und dadurch fehlt dann eben auch die Pflegekraft.

*I: Die eine Person, die vorher immer zusätzlich mit da war.*

Frau R: Ja. Das man eben sagt, sie kann sich also egal wer das jetzt ist sie kann sich noch alleine waschen, wir reichen ihr die Materialien an oder es sind auch noch viele Demente die das noch selber machen könnten, wenn man das mit Basaler Stimulation so leiten



würde, aber das geht vom Zeitmangel nicht und das macht eben auch unzufrieden, wenn man weiß da sind Ressourcen da und eigentlich tut man die ja so ein selber bisschen, weil ja im Endeffekt dann wieder, ist es ja auch wieder eine Entlastung irgendwann.

*I: Und wird das von vorn herein so gehandhabt, dass sie alles selber machen müssen oder legen sie das auch selber fest?*

Frau R: Also wenn bei uns jemand neues kommt, dann testen wir erstmal aus was machbar ist, also wir fördern das auch, aber es sind aber auch Fälle dabei wo man eben das selber macht, wo man aber merkt, die könnten das noch selber machen. Aber man kann eben nicht weg in der Zeit. Bei denen da ist es so, die haben auch hier einen Bauchgurt, also die sitzen auch im Rollstuhl, aber die könnten eben noch mehr.

***Fragen zur Qualitätsentwicklung: Entwicklungen, Veränderungen und Ereignisse durch das Qualitätsmanagement***

*I: Können sie besondere Entwicklungen oder Projekte beschreiben die in der letzten Zeit hier passiert sind im Haus, organisatorische oder Mitarbeiter bezogene oder Bewohner bezogen, an denen sie selber beteiligt waren oder von denen sie auch gehört haben?*

Frau R: Nein wüsste ich jetzt nicht direkt.

*I: Elektronische Pflegedokumentation, sagt die ihnen das was?*

Frau R: Na ja das haben wir jetzt angefangen. Das ist jetzt brandneu.

*I: Was ist da passiert?*

Frau R: Also wir hatten jetzt die erste Schulung, wo wir in das Programm eingewiesen wurden sind, wir haben jetzt einen Ablauf vom Herrn J., was wir bis zu einem bestimmten Zeitraum jetzt eingeben müssen. Also wir arbeiten jetzt so direkt tagtäglich noch nicht dran.

*I: Und was denken sie, warum müssen sie mit dem Programm arbeiten oder warum wird das eingeführt?*

Frau R: Also ich denke mal, dass das schon eine Entlastung sein wird, wenn das alle werden bringen, wenn das richtig läuft, dann denke ich schon das das eine gute Sache ist.

*I: Müssen sie dann jetzt jeder am PC sitzen und die Daten erst einmal einpflegen?*

Frau R: Genau. Ja.

*I: Und wie machen sie das zeitlich?*

Frau R: Das ist nach Feierabend. Also das kann man dienstlich nicht machen.

*I: Wird das akzeptiert von allen Mitarbeitern?*

Frau R: Mehr oder weniger.

*I: Es gab einen Apothekenwechsel habe ich gehört, das wurde auch so als Projekt durchgeführt, warum wurde das gemacht und was ist da passiert?*

Frau R: Also der Nachtdienst hat die Medizin gesetzt und rein gesetzlich ist es ja nicht gestattet, das dass der Nachtdienst macht, also so habe ich das gehört, dass das nicht sein darf. Und da sind auch Fehler passiert allen, also das ist ganz normal, wir haben immer für 4 oder 5 Tage vorgesetzt und dann gab es eben dann mit der Bestellerei, da war

immer zuviel, zu wenig, das war immer durcheinander gewesen und da haben wir dann Apothekenwechsel gemacht und die Apotheke die setzt uns für einen ganzen Monat. Und das sind geschlossene Systeme, dann ist das eine tolle Sache.

*I: Und wie lief das am Anfang, sich da einzuarbeiten?*

Frau R: Also ich war da ganz am Anfang nicht da, wo das ganz neu war, also kann ich nichts dazu sagen, aber wenn dann, man hat das einmal gezeigt bekommen, wo unsere Leute jetzt sind, wo man das rein macht in die Kästen wie das funktioniert und dann lief das, das geht dann ganz schnell.

*I: Also das war jetzt keine große Umstellung für sie, wenn sie sich nachher erst eingearbeitet haben?*

Frau R: Nein.

*I: Sie haben gesagt, das wurde früher nachts gemacht. Hat das Zeitaufwand gekostet, für 5 Tage im Voraus zu setzten?*

Frau R: Je nachdem wie schnell man war, sind so 2-3 Stunden, dass ist nicht viel, in der Zeit kann man sich aber der Pflegeplanung mal widmen oder mal einem Heimbewohner anders widmen. Das war dann immer, man hat also diesen Zeitdruck in der Nacht gehabt und wenn jemand geklingelt hatte ist dann die Kollegin von der anderen Station gegangen, das fand ich ganz gut aber es bleibt dann auch eben Zeug auf der Strecke. Wenn man 5 Nächte hat, also da ist man mindestens auf einer Station 1 x dran und wenn man Pech hatte dreimal und da sind eben 3 Tage weg, wo man eben nichts anderes machen konnte dann. Wenn dann die Klingelei dann wieder los ging oder noch andere, Nachtsarbeitsplan, der abzuarbeiten war, und da kann man sich eben jetzt anders der Sache widmen.

*I: Die Zeit die da jetzt wegfällt, für das Medikamente setzten, was machen sie in der Zeit?*

Frau R: Also ich gucke dann immer mal die ganzen Mappen durch, ob das alles in Ordnung ist oder meine beiden Bezugspflegeleute die Pflegeplanung ob irgendwas fehlt und so. Oder jetzt andere Sachen, jetzt mal die Schränke aufräumen, aussortieren solche Sachen, was auch im Dienstzimmer ist, wo man in einer normalen Schicht kommt man dazu nicht.

*I: Wirkt sich das auch auf das Tagesgeschehen aus wenn sie jetzt nachts die Medikamente nicht mehr setzten?*

Frau R: Nein. Leider nicht.

*I: Gut o. k. Das war es schon. Ich danke ihnen herzlich, dass sie sich die Zeit genommen haben.*

Frau R: Bitte.